Santé Canada Health Canada

Interchange '95:

Un forum Canadien sur la collaboration pour les stratégies de mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du col utérin

Du 27 février au 1er mars 1995

Ottawa (Ontario) Canada

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Les opinions exprimées dans la présente publication sont
celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement
celles de Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

ISBN 0-662-80937-8
N° de catalogue H39-357/1995F

102-06328/

Interchange 95 : Un forum Canadien sur la collaboration pour les stratégies de mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du col utérin

Du 27 février au 1er mars 1995

Ottawa (Ontario)

Table des matières

Membres du Comité organisateur iii

Remerciements iv

Résumé vi

Introduction 1

Structure de l'atelier 2

Séances plénières 3

Élaboration de politiques et dépistage du cancer du col utérin 7

A. Information : Ce que doivent savoir les décideurs et la population pour appuyer des programmes complets de dépistage du cancer du col utérin 7

(i) Prise en compte de la santé de la population 7

(ii) Ampleur et coût de la maladie 8

(iii) Pressions exercées par la population : Désignation de porte-parole, activités de défense et sensibilisation du public 9

B. Liens de partenariat : Entre les organismes, les professionnels de la santé, la population et le secteur privé 9

C. Qualité des soins : La perspective globale 10

D. Mesures législatives et confidentialité 11

Problèmes spécifiquement liés à la mise en oeuvre d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin 13

A. Recrutement : 13

B. Fréquence des examens et taux acceptables de dépistage 15

C. Appui des intervenants en santé 16

Le rôle du gouvernement 18

A. Échange d'information et constitution de réseaux : 18

B. Qualité des soins 19

C. Élaboration de systèmes d'information et de registres 19

D. Recrutement et sensibilisation du public 20

E. Prestation des services de dépistage 20

Plans d'action provinciaux 21

Éléments clés d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin déjà en place 22

Colombie-Britannique 23

Alberta 23

Territoires du Nord-Ouest 24

Saskatchewan 24

Manitoba 25

Ontario 25

Québec 26

Nouveau-Brunswick 26

Nouvelle-Écosse 26

Île-du-Prince-Édouard 27

Terre-Neuve 27

Annexe A - Agrément des laboratoires 29

Annexe B - Observations formulées lors des discussions tenues par les groupes de travail 57

Annexe B1
Facteurs favorables et défavorables à la mise en oeuvre de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin 58

Annexe B2
De quelles données a-t-on besoin afin de convaincre les décideurs et les bailleurs de fonds de la raison d'être d'un programme complet? 64

Annexe C - Personnes-ressources dans le domaine du cancer du col utérin 66

Membres du Comité organisateur

D^r Aileen Clarke
Vice-présidente, Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer

D^r Robert Fraser
Directeur, *Nova Scotia Gynaecological Cancer Screening Program*

M^me Suzanne Inhaber
Services préventifs de santé, Direction des services de santé, Santé Canada

D^r Elizabeth Kaegi
Directrice, Questions médicales et lutte contre le cancer, Institut national du cancer du Canada

D^r Yang Mao
Chef, Division de lutte contre le cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

D^r Christina Mills
Chef, Division du contrôle des maladies, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

D^r Jean Parboosingh
Conseiller médical principal en matière de cancer, Services préventifs de santé, Santé Canada

M^me Lorie Root
Unité de la santé de l'enfance et de la famille, Direction de la promotion de la santé, Santé Canada

D^r Sylvie Stachenko
Directrice, Services préventifs de santé, Direction des services de santé, Santé Canada

D^r Gavin Stuart
Directeur, *Tom Baker Cancer Centre*, Calgary (Alberta)

Remerciements

M^me^ Anna-Maria Callabretta, Services préventifs de santé, Santé Canada

M^me^ April O'Donoughue, *O'Donoughue and Associates*
InfoLink Consultants Inc.

Résumé

En février 95, Santé Canada a parrainé ***Interchange 95 - Un Forum canadien sur la collaboration pour les stratégies de mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du col utérin.*** Cette rencontre visait essentiellement à :

- trouver les facteurs qui influent sur la mise en oeuvre de programmes provinciaux complets de dépistage du cancer du col utérin;
- examiner en profondeur trois aspects d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, à savoir, les systèmes d'information, l'amélioration de la qualité et le recrutement;
- trouver un moyen d'échanger, à l'échelle provinciale et sur le plan national, l'information sur l'élaboration, l'organisation et les données des programmes.

Si l'on a décidé qu'il fallait créer un programme complet de dépistage du cancer du col utérin c'est parce que l'on sait que le dépistage auprès des femmes asymptomatiques permet de détecter des cancers pré-invasifs du col utérin et qu'un traitement approprié peut contribuer à réduire la morbidité et la mortalité attribuables à cette maladie dans les divers groupes concernés. **Il n'existe aucun autre type de cancer pour lequel le dépistage a pour effet de réduire l'incidence de la maladie invasive de manière aussi radicale et prévisible que le cancer du col utérin.**

Comme on peut réduire l'incidence du cancer invasif du col utérin en mettant en place des programmes bien gérés de dépistage nationaux ou régionaux, qui touchent une forte proportion de la population féminine, on espère qu'***Interchange 95 - Un Forum canadien sur la collaboration pour les stratégies de mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du col utérin*** incitera les intéressés à réagir, sensibilisera davantage la population à ce type de cancer et mobilisera, à l'échelle nationale, les efforts voulus en vue de la mise sur pied de programmes provinciaux complets de dépistage du cancer du col utérin.

L'atelier était conçu de manière à faciliter l'établissement ou le renforcement de relations de travail entre les provinces et à l'intérieur des provinces et comprenait des séances plénières et des discussions en groupes. Les représentants provinciaux se sont penchés, en petits comités, sur les facteurs qui font obstacle à la mise en oeuvre ou à l'expansion de leurs programmes provinciaux et ont proposé des façons d'y remédier. Les points suivants étaient à l'ordre du jour de la première journée de l'atelier : une étude des éléments d'un programme complet de dépistage et des raisons justifiant la création et l'évaluation de tels programmes; une description d'un programme complet de dépistage mis en oeuvre à Victoria, en Australie et le point sur les programmes les plus avancés qui existent au Canada, plus particulièrement en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse. La deuxième journée, les participants se sont penchés sur les sujets suivants dans le cadre de séances plénières et des discussions en groupes : recrutement, systèmes d'information et amélioration de la qualité. La dernière matinée, les

groupes de travail ont élaboré des plans d'action devant conduire à la mise sur pied de programmes provinciaux et ont défini les rôles respectifs des provinces, du gouvernement fédéral, des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales concernées.

L'atelier comprenait cinq groupes de travail constitués par région : Colombie-Britannique/Alberta; Saskatchewan/Territoires du Nord-Ouest; Manitoba/Ontario; Québec/Nouveau-Brunswick/Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse/Terre-Neuve. Les groupes de travail ont été invités à trouver les facteurs qui influent ou pourraient influer sur l'élaboration, la mise en oeuvre et le maintien d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, l'accent étant mis sur le recrutement, l'amélioration de la qualité et les systèmes d'information. Les participants ont utilisé, comme point de départ de leurs discussions, les recommandations de l'Atelier national sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, tenu en 1989, les interventions faites lors des séances plénières et la documentation distribuée par Santé Canada (p. ex., des documents de travail sur l'assurance de la qualité dans les laboratoires, la recherche sur les services de santé, l'économie de la santé, etc.)

Les participants ont fait le point sur les activités provinciales de dépistage du cancer du col utérin et relevé les facteurs qui nuisent à la mise en oeuvre d'un programme complet. Ils ont élaboré ou exposé, à la lumière des recommandations issues de l'atelier de 1989, des plans d'action visant à favoriser la création de ce genre de programmes. De plus, ils se sont intéressés au recrutement de femmes n'ayant jamais ou pas assez souvent subi d'examens de dépistage et à la nécessité de mettre en place des systèmes d'information complets et des mesures visant à améliorer la qualité. D'autres activités concernant ces questions sont prévues à l'échelle nationale et au niveau provincial.

Introduction

Au cours des six années qui ont suivi la tenue de l'Atelier national sur le dépistage du cancer du col utérin, le milieu de la recherche, les responsables de programmes, les provinces et les territoires et l'administration fédérale ont entrepris diverses activités au Canada. En effet, les recommandations issues de cet atelier tenu en 1989 ont jeté les bases nécessaires à l'élaboration de programmes provinciaux complets de dépistage du cancer du col utérin. Lors des ateliers et réunions tenus par la suite, on a cherché, à la lumière d'une analyse de diverses parties de ces recommandations, à préparer le terrain en vue de l'application de l'ensemble des mesures préconisées. Si ces ateliers ont servi à alimenter le débat sur la question, ils ont davantage insisté sur l'acquisition d'une expertise scientifique et technique que sur le contexte politique.

Le Comité organisateur chargé de préparer ce forum national de 1995 a décidé que la question politique occuperait une place de choix dans l'ordre du jour. L'atelier n'avait pas pour objet de revoir l'une ou l'autre des recommandations de l'atelier de 1989, mais plutôt de déterminer le chemin que nous avons parcouru depuis 1989 et les raisons pour lesquelles nous n'avons pas progressé davantage. Plus précisément, l'atelier visait les objectifs suivants :

- trouver les facteurs qui influent sur la mise en oeuvre de programmes provinciaux complets de dépistage du cancer du col utérin;
- examiner en profondeur trois aspects d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, à savoir, les systèmes d'information, l'amélioration de la qualité et le recrutement;
- trouver un moyen d'échanger, à l'échelle provinciale et sur le plan national, l'information sur l'élaboration, l'organisation et les données du programme.

Les ateliers antérieurs nous avaient appris que le grand défi consistait non pas à parvenir à s'entendre sur la raison d'être d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, mais à pousser plus loin la démarche en élaborant des mécanismes pour réaliser cet objectif. L'atelier visait à attirer à la fois des spécialistes des questions scientifiques et médicales, qui devaient apporter des réponses à certaines des questions posées par le dépistage du cancer du col utérin, et des spécialistes des questions politiques, qui devaient se prononcer sur les facteurs contextuels liés à la planification et à l'élaboration de programmes. En outre, il était prévu qu'à la fin de l'atelier, chaque participant comprendrait la multiplicité des facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'élaboration d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin et serait en mesure de comparer ses connaissances à celles de ses propres collègues et des participants d'autres provinces. C'est pourquoi des invitations ont été lancées à des individus d'horizons divers, qui pouvaient représenter, dans une perspective provinciale, un secteur donné qui contribuerait à l'élaboration d'un cadre politique favorable à la création d'une infrastructure pour la mise en oeuvre d'un dépistage complet du cancer du col utérin. Des représentants de Santé Canada et de la Société canadienne du cancer étaient également présents au forum.

Nous espérons que ce compte rendu montrera comment les trois jours ont aidé à orienter les efforts en vue de la mise en place de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin.

Structure de l'atelier

L'atelier était conçu de manière à faciliter l'instauration ou le renforcement de relations de travail entre les provinces et à l'intérieur des provinces et comprenait des séances plénières et des discussions en groupes. À partir des recommandations formulées lors de l'atelier de 1989 et des interventions faites lors des séances plénières, les représentants provinciaux se sont penchés, en petits comités, sur les facteurs qui font obstacle à la mise en oeuvre ou à l'expansion de leurs programmes provinciaux et ont proposé des façons d'y remédier. Les points suivants étaient à l'ordre du jour de la première journée de l'atelier : une étude des éléments d'un programme complet de dépistage et des raisons justifiant la création et l'évaluation de tels programmes; une description d'un programme complet de dépistage mis en oeuvre à Victoria, en Australie et le point sur les programmes les plus avancés qui existent au Canada, plus particulièrement en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse. La deuxième journée, les participants se sont penchés sur les sujets suivants dans le cadre de séances plénières et de discussions en groupes : recrutement, systèmes d'information et amélioration de la qualité. La dernière matinée, des groupes de travail ont élaboré des plans d'action devant conduire à la mise sur pied de programmes provinciaux et ont défini les rôles respectifs des provinces, du gouvernement fédéral, des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales concernées.

Séances plénières

La séance plénière comprenait un premier survol de quatre programmes mis en oeuvre en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse, en Australie, en Amérique du Sud et en Amérique centrale, suivi d'exposés sur les principaux éléments structuraux de l'élaboration d'un programme. Les trois thèmes clés de l'atelier, à savoir, le recrutement, l'assurance de la qualité et les systèmes d'information, ont été examinés séparément.

En premier lieu, le Dr George Anderson, directeur, *Section of Gynaecological Cytology, B.C. Cancer Agency*, a passé en revue les données statistiques sur l'incidence et la mortalité en Colombie-Britannique. De 1955 à 1993, la population âgée de plus de 20 ans a plus que triplé, alors que le nombre total de nouveaux cas de femmes atteintes du cancer du col utérin et le taux d'incidence de cette maladie ont chuté radicalement. En outre, la mortalité attribuable à cette forme de cancer a régressé de manière constante. Le taux d'incidence du carcinome in situ du col utérin a suivi une courbe ascendante dans la plupart des groupes d'âge de 1972 à 1980, après quoi il a baissé jusqu'en 1990. Le taux d'incidence est le plus élevé chez les femmes de 20 à 34 ans. C'est également dans ce groupe d'âge que la proportion de femmes à risque qui ont subi un dépistage est la plus forte (68 p. 100 en 1990). En 1988-1989, seulement 12 p. 100 des femmes soumises à un dépistage ont reçu pour conseil de subir d'autres tests (4 p. 100 ont été orientées vers une deuxième cytologie et 8 p. 100 vers une colposcopie).

Le Dr Robert Fraser a présenté un exposé à titre de directeur executif du *Nova Scotia Gynaecological Cancer Screening Programme* (NSGCSP). Lorsqu'il a été mis sur pied dans les années 60. Ce programme était doté deoyus 1978 d'un registre central. La programme a été reconnu par le departement de santé de la Nouvelle Écosse en 1991, à la lumière de l'expérience de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie. Depuis 1992, le programme possède un conseil d'administration en bonne et due forme, investi d'une mission et d'un mandat précis. Plusieurs comités permettent de recueillir l'avis de spécialistes de la colposcopie, d'anatomopathologistes, de cytologistes et d'analystes de systèmes d'information. Cet organe coordonne le travail de neuf laboratoires de cytologie, onze laboratoire de histopathologies et de vingt centres de colposcopie. Un evaluation des trois premières années doit paraître plus tard au cours de l'année.

Le Dr Heather Mitchell, directrice des services médicaux du *Victorian Cervical Cytology Registry*, a donné un aperçu du dépistage du cancer du col utérin pratiqué en Australie. La mise sur pied du programme de dépistage a été précédée de la définition de ses principaux éléments et des responsabilités du gouvernement fédéral et des États en la matière. Diverses stratégies de recrutement ont été envisagées, notamment les activités communautaires, les lettres d'invitation et les initiatives spéciales destinées aux femmes non anglophones. Le succès d'un programme de ce genre dépend de l'efficacité du contrôle de la qualité. Le Dr Mitchell a décrit la méthode suivie pour la définition des normes/indicateurs de rendement. Ces derniers ont été officiellement adoptés et font l'objet d'un essai pilote en 1995. Les responsables ont bien veillé à ce que les attentes à l'égard d'un programme de dépistage soient raisonnables de manière que les résultats prévus puissent être obtenus.

Le Dr Eric Nicholls, conseiller régional en matière de maladies non transmissibles à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), a présenté, au nom de cet organisme, une description des activités de dépistage de l'OPS. Un programme de dépistage différent est appliqué dans chaque pays d'Amérique du Sud. Au Brésil, les taux d'incidence annuels s'élèvent à 83 cas sur 100 000 femmes (contre 7 au Connecticut, aux États-Unis). Le Dr Nicholls a discuté des problèmes que pourrait poser tout programme de dépistage. Il aborde la question du recrutement du point de vue de l'usager et du dispensateur. Si l'on veut inciter des femmes à adhérer à un programme, il est très important de faire appel aux médias pour communiquer de l'information au public cible. C'est une priorité à laquelle il faut s'attaquer avant même de se pencher sur des questions aussi importantes que le contrôle de la qualité.

Le Dr Elizabeth Kaegi, directrice des questions médicales et de la lutte contre le cancer, à l'Institut national du cancer du Canada, a résumé les dix étapes suivies par la Société canadienne du cancer pour élaborer et évaluer des programmes. Celles-ci reposent sur le principe qu'un comportement donné contribue énormément au cancer. Les dix étapes se déroulent en trois temps. En premier lieu, il y a la préparation, qui consiste entre autres à mesurer la prévalence du comportement; à déterminer les raisons qui poussent les gens à adopter le comportement, le public cible et le cadre physique et social qui détermine le comportement. En deuxième lieu, il y a le choix de l'intervention et l'élaboration d'un programme, ce qui consiste à concevoir un programme efficace destiné à changer le comportement et à prétester l'intervention. Enfin, il y a la mise en oeuvre et l'évaluation du programme, ce qui implique une appréciation de l'efficacité réelle et virtuelle de d'intervention, une promotion de l'intervention et une réévaluation de la prévalence du comportement initial.

Le Dr Stephen Birch, directeur adjoint au *Centre for Health Economics and Policy Analysis*, Université McMaster, a traité du dépistage du cancer du col utérin d'un point de vue économique. À partir de données obtenues de Hamilton-Wentworth en 1991, il a montré l'ampleur du coût financier associé au diagnostic du cancer invasif du col utérin. Il a cité des données provenant de Sheffield en Angleterre, où une analyse des pratiques de dépistage montre que 50 p. 100 des frottis sont pratiqués auprès de 19 p. 100 de la population. Il a présenté une liste des programmes de dépistage et un tableau illustrant l'efficacité de ces activités. Le plus grand nombre de cas prévenus était de 182,4 pour 100 000 épreuves lorsque le dépistage était pratiqué tous les cinq ans entre 25 et 64 ans. La diminution de taux a été la plus marquée (93,3 p. 100) lorsque le dépistage était pratiqué tous les ans entre 25 et 64 ans. Le Dr Birch a passé en revue divers modèles, mais a indiqué que le principal problème tient à ce que les femmes ne subissent toujours pas de dépistage. Si l'objet du dépistage est de reconnaître les femmes atteintes du cancer du col utérin, le message plus clair si le système récompensait les professionnels de la santé dont les activités de dépistage auprès de la population à risque se sont avérées le plus efficaces. Le meilleur moyen de véhiculer le message voulu consisterait à offrir des primes aux professionnels de la santé.

M^me^ Sue Hicks, sous-ministre adjointe, à la division des programmes gouvernementaux en matière de santé, au ministère de la Santé du Manitoba, a défini clairement l'infrastructure nationale destinée à promouvoir l'élaboration de programmes de santé. La Conférence des ministres de la Santé, la Conférence des sous-ministres de la Santé et les comités consultatifs fédéraux/provinciaux/territoriaux ont pour mission d'établir des priorités aux fins de l'élaboration de programmes à l'échelle nationale. Parmi les critères retenus dans le cadre de cet exercice figurent l'intérêt national, les répercussions, l'orientation commune, la capacité, la rentabilité et la souplesse. Les programmes de dépistage seraient mis en oeuvre à l'échelle provinciale.

M^me^ Abby Hoffman, directrice générale du Bureau pour la santé des femmes, a présenté un énoncé de l'orientation, du mandat, des objectifs et des priorités actuelles de ce service qui vise avant tout à faire en sorte que Santé Canada et le système canadien de santé tienne mieux compte des besoins et des problèmes en matière de santé qui sont propres aux femmes, l'objectif ultime étant d'améliorer l'état de santé des Canadiennes tout au cours de leur vie. On signale qu'à ce jour, on a peu insisté sur l'importance que revêt le dépistage du cancer du col utérin pour la population féminine. Le Bureau de la santé des femmes pourrait contribuer à changer cette situation.

Le D^r^ Heather Bryant, directrice de l'*Alberta Program for the Early Detection of Breast Cancer, Alberta Cancer Board*, a livré ses réflexions sur le recrutement, qui s'inspirent des activités de dépistage du cancer du sein entreprises à l'échelle provinciale (en Alberta). Elle a mis les participants en garde contre la tentation de comparer les deux réalités, étant donné que la population visée par le dépistage du cancer du sein (50-69 ans) est plus âgée que celle qui est concernée par le cancer du col utérin. En outre, des études ont fait ressortir différents problèmes posées par le dépistage de chacune de ces maladies : dans le cas du cancer du sein, il s'agit de la crainte, du manque de connaissances, du coût et de l'absence de police d'assurance, alors que dans le cas du cancer du col utérin, il s'agit de la gêne, de la crainte, du coût, de l'absence de police d'assurance, de la douleur et de la procrastination. Le D^r^ Bryant passe en revue les stratégies de recrutement utilisées dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein, notamment le recours à un programme itinérant qui s'est traduit par une amélioration sensible du niveau de connaissances et des croyances au sujet du dépistage ainsi que des taux de dépistage dans la population cible. En guise de conclusion, le D^r^ Bryant indique qu'il est important de bien définir la population cible et d'adapter les stratégies de recrutement à la réalité féminine.

Le D^r^ Terry Colgan, du *Department of Pathology*, s'est penché sur les questions liées à l'amélioration et à l'assurance de la qualité du travail fait dans les laboratoires. Des programmes bien structurés d'évaluation des compétences sont mis en oeuvre en Ontario et en Nouvelle-Écosse; leurs résultats ont été publiés. Les taux de faux négatifs associés à la cytologie du col utérin demeurent un facteur important. Selon la Société canadienne de cytologie, ce taux correspond au nombre de cas positifs non détectés divisé par le nombre total de cas positifs. Les systèmes automatisés de dépistage cytologique pourraient contribuer à réduire ce taux, mais cette technique devra faire l'objet d'études plus approfondies avant que l'on recommande d'en généraliser l'application.

Les systèmes d'information font partie intégrante du registre de dépistage cytologique (*Victorian Cervical Cytology Registry)* décrit par le Dr Heather Mitchell. Pour être efficace, un registre doit répondre aux critères d'intégralité, d'utilité, de simplicité et de qualité. Un tel registre remplirait diverses fonctions, notamment : suivi auprès des femmes ayant besoin d'une intervention, envoi de lettres de rappel aux femmes et aux médecins, relevé personnel des dépistages cytologiques subis, assurance de la qualité, source de données pour l'élaboration de politiques, base de données de recherche et diffusion de données statistiques. Le bon déroulement du processus dépendra de l'efficacité des consultations avec les groupes communautaires, les organisations professionnelles, les consommateurs et les représentants politiques.

Élaboration de politiques et dépistage du cancer du col utérin

Malgré les écarts qui existent d'une province et d'un territoire à l'autre sur le plan de la prestation de services de santé, lorsqu'on compare les résultats obtenus à l'issue des discussions en groupes, on a constaté que certains problèmes d'ordre politique se posaient à tous les groupes de travail. Ces discussions ont en effet montré que du point de vue de l'élaboration de politiques, certaines conditions doivent absolument être réunies si l'on veut promouvoir l'adoption de programmes complets de dépistage du col utérin. Il s'agit entre autres de recueillir et de diffuser les données pertinentes au sujet des répercussions économiques, sociales et médicales du cancer du col utérin, pour obtenir de la population et des instances législatives l'appui nécessaire à la mise en place du cadre politique et réglementaire nécessaire.

A. Information : Ce que doivent savoir les décideurs et la population pour appuyer des programmes complets de dépistage du cancer du col utérin

Si les milieux universitaire, scientifique et médical sont favorables aux programmes de dépistage du col utérin depuis la parution du premier rapport sur la question publié par Walton en 1976, il n'existe toujours pas, en 1995, de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin au Canada. Bien que l'on dispose de données scientifiques à l'appui de l'élaboration de tels programmes, les groupes de travail ont souligné la nécessité de disposer d'une information accessible à tous et bien présentée, qui pourrait être transmise aux décideurs provinciaux et qui montrerait très nettement que ces programmes se justifient sur les plans clinique et économique. L'information serait présentée de manière à faciliter la prise de décisions. On a recommandé de prendre en considération les facteurs suivants :

(i) Prise en compte de la santé de la population

Depuis quelques années, les réformes de la santé entreprises à l'échelle provinciale visent à privilégier l'adoption d'une démarche axée sur la santé de la population. Une telle orientation diffère de la conception traditionnelle des soins de santé, en ce sens qu'elle :

- tient compte de la grande diversité des déterminants de la santé, alors que l'approche traditionnelle met l'accent sur les risques et les facteurs cliniques associés à des maladies données;
- vise l'ensemble de la population et met l'accent sur les mesures préventives, alors que l'approche traditionnelle s'occupe des cas individuels, généralement des sujets qui éprouvent déjà un problème de santé ou qui présentent des risques élevés sur ce plan.

Pour qu'un programme complet et structuré de dépistage du cancer du col utérin bénéficie de l'appui des responsables de la réforme du système de santé, il importe qu'il soit placé dans ce contexte. Par la suite, on peut faire valoir les avantages à en tirer aux chapitres de la santé, de la rentabilité et de la qualité des soins.

(ii) Ampleur et coût de la maladie

Le cancer du col utérin est une maladie qui, non seulement peut être prévenue, mais se détecte à un stade précoce. Idéalement, il ne devrait y avoir aucun cas de décès imputable à cette forme de cancer. Au Canada, on attribue au cancer du col utérin environ 400 décès par an. Toutefois, le phénomène a des répercussions encore plus importantes puisqu'il y a lieu de tenir compte du coût que représentent les soins dispensés aux femmes aux divers autres stades de la maladie, et qui peut peser lourd dans le budget du système de santé et de la patiente. En effet, il y a lieu de mettre en évidence les preuves indiquant que le dépistage prévient l'apparition du cancer invasif du col utérin et que cette intervention précoce sera moins coûteuse que le traitement d'un cancer diagnostiqué tardivement. Il faudrait recueillir des données concernant le coût relatif de la prise en charge des malades au moyen de divers protocoles afin de convaincre les provinces d'aller de l'avant dans ce dossier.

Depuis la tenue de l'atelier, et pour répondre aux demandes d'analyse des coûts d'un programme complet de dépistage du col utérin, Santé Canada a commandé un rapport qui comparerait les coûts actuels du diagnostic et du traitement associés au dépistage opportuniste du cancer du col utérin avec les coûts prévus d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin. L'analyse devrait montrer qu'il n'y aura pas lieu d'injecter de nouveaux fonds dans un tel programme et que l'on pourrait même, grâce à une telle mesure, économiser des millions de dollars. L'analyse devrait être prête au début de 1996.

En outre, on doit absolument obtenir des données au sujet du rapport coût-efficacité et coût-avantages, de la diminution du taux de mortalité et des coûts sociaux si l'on veut convaincre les ministres de la Santé, les responsables du financement et d'autres cadres supérieurs de la nécessité de mettre sur pied des programmes de dépistage.

Bon nombre de groupes de travail considèrent que des programmes complets de dépistage n'entraîneraient pas de dépenses supplémentaires. Selon eux, il s'agit davantage de redistribuer des fonds déjà alloués et d'en faire un usage plus judicieux. Les économies réalisées par une réduction du nombre de dépistages superflus pourraient compenser le coût d'un dépistage accru auprès de groupes n'ayant pas auparavant subi assez de tests de dépistage.

(iii) Pressions exercées par la population : Désignation de porte-parole, activités de défense et sensibilisation du public

Les groupes de travail conviennent qu'il est peu probable que le gouvernement s'engage plus loin dans cette voie en l'absence de motifs suffisants. Même lorsqu'on dispose de preuves solides, on estime que les pressions exercées par la population sur les autorités publiques se sont avérées efficaces pour l'avancement d'autres causes -plus particulièrement le sida et le cancer du sein - et serviraient sans doute d'élément catalyseur. D'où l'importance d'activités telles que de puissantes associations féminines oeuvrant auprès de différents groupes d'intervenants en santé, une campagne invitant la population à adresser des lettres au Ministre, la désignation d'une personnalité comme porte-parole de la cause et les pressions exercées par la collectivité. Par ailleurs, on sait qu'avant de mobiliser la population, il faut promouvoir l'idée de la mise sur pied de programmes complets de dépistage du col utérin et les avantages qu'ils présentent pour l'individu. C'est pourquoi la diffusion d'information et la tenue d'une campagne de sensibilisation du public au sujet des avantages du dépistage devront sans doute précéder une campagne invitant la population à exercer des pressions. Dans l'état actuel des choses, les participants indiquent que :

- Certaines femmes pensent que le dépistage ne vaut que pour les maladies transmissibles sexuellement et non pour le cancer.
- Certaines femmes ne savent pas qu'elles peuvent demander un frottis cervical (test de Pap) à leur médecin et qu'elles ne sont pas tenues d'attendre que ce dernier le leur propose.
- Certaines femmes ne savent pas quels sont les sujets vulnérables au cancer du col utérin et ne comprennent pas les facteurs de risque associés à cette maladie.

B. Liens de partenariat : Entre les organismes, les professionnels de la santé, la population et le secteur privé

L'élaboration de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin ne suppose pas la mise sur pied d'infrastructures physiques provinciales. À la différence du dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer du col utérin est une technique peu coûteuse, qui fait peu appel à la technologie. Par contre, un programme complet de dépistage du cancer du col utérin implique la coordination des aspects préventif, diagnostique et thérapeutique de cette maladie. C'est pourquoi le succès d'un tel programme dépend de l'établissement de liens et de rapports de partenariat entre diverses disciplines, entre autres, les organismes de financement provinciaux, les médecins de famille travaillant en milieu communautaire, les spécialistes et d'autres intervenants en santé, notamment les infirmiers et infirmières travaillant en milieu rural et ailleurs et le personnel de laboratoire. Des enseignements pourraient être tirés de la prise en charge d'autres maladies, tels le cancer et d'autres MTS, ainsi que de programmes mis en oeuvre dans d'autres provinces et d'autres pays. Il y a lieu

de rechercher activement des possibilités de partenariat, de collaboration et de coordination qui ne se présenteront sans doute pas naturellement.

Par conséquent, comme le signale le groupe de travail de la Nouvelle-Écosse/de Terre-Neuve, il faut de toute évidence *prendre les devants sur ce plan*, ce qui, selon lui, passe par la coordination des divers organismes et par l'affectation de fonds suffisants au programme de dépistage. Il n'appartient pas uniquement au gouvernement fédéral et aux provinces de faire preuve de leadership et d'intervenir dans ce dossier. En effet, il s'agit également d'une responsabilité du secteur non gouvernemental et des entreprises. Les sociétés qui emploient un grand nombre de femmes pourraient contribuer à la promotion de programmes de dépistage aux fins de la prévention du cancer du col utérin. Le groupe de travail de la Saskatchewan et des Territoires du Nord-Ouest propose de confier le dossier à une coalition regroupant les conseils de santé de district. Selon le Manitoba et l'Ontario, la participation du secteur privé, surtout lorsque des laboratoires privés offrent le service, ne serait pas exclue. Par contre, ce même groupe de travail signale également que l'instauration de liens de partenariat est synonyme de *partage de responsabilités et de comptes à rendre*.

C. Qualité des soins : La perspective globale

Les participants estimaient qu'une séance plénière sur l'amélioration de la qualité serait plus fructueuse que des discussions en petits groupes. Lors de la séance plénière, on s'est rapidement rendu compte de la nécessité d'adopter une approche globale en matière d'amélioration de la qualité et de qualité des soins. Le contrôle de la qualité dans les laboratoires est un élément important d'un programme axé sur l'amélioration de la qualité, et la plupart des provinces ont, dans une certaine mesure, apporté des réponses au problème. Toutefois, d'autres étapes du processus, du prélèvement de frottis au suivi, en passant par le traitement, doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance.

***Depuis la tenue de l'atelier**, un groupe pluridisciplinaire a été créé avec pour mandat de s'attaquer à la question de l'amélioration de la qualité et à l'uniformité des pratiques, dans une perspective nationale, à tous les stades de la prise en charge - de la prévention au traitement en passant par le diagnostic.*

Il ressort d'autres discussions tenues par les groupes de travail qu'il faudrait adopter des protocoles de traitement normalisés lors du diagnostic et de les adapter en fonction des services locaux accessibles. Le groupe de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve estimait qu'il ne servait à rien de diagnostiquer une néoplasie cervicale intraépithéliale chez un sujet s'il n'y avait personne pour le soigner. Cette idée a été reprise, quoique dans une optique légèrement différente, par un membre du groupe de travail de la Colombie-Britannique/de l'Alberta, lors de discussions concernant les facteurs qui nuisent au dépistage : en cas d'anomalies ou de résultats faussement positifs, il arrive que les femmes vivent des mois d'angoisse en attendant un suivi. En règle générale, l'absence de

lignes directrices et de normes nationales nuit au dépistage, comme l'ont indiqué d'autres participants. C'est pourquoi, les disparités constatées entre les cliniciens sur les plans du dépistage et du traitement deviennent un problème. Enfin, l'idée de créer un registre national afin de faciliter l'adoption d'une approche uniforme a été réitérée.

D. Mesures législatives et confidentialité

Tout système d'information relatif au dépistage du cancer du col utérin doit servir de mécanisme de suivi et de rappel auprès des femmes. Toutefois, les dispositions réglementaires et législatives en vigueur dans chaque province ne favorisent pas la création de registres. Le groupe de travail de la Saskatchewan et des Territoires du Nord-Ouest jugeait qu'il était impératif de déterminer nettement ce que les lois et règlements actuels permettent et ne permettent pas. Ainsi, on saura quels sont les changements qui s'imposent et on pourra orienter les efforts vers les mesures à prendre avant de mettre sur pied un registre.

Selon les participants de la Saskatchewan, il faudra sans doute modifier la *Health Act* pour pouvoir créer un registre. De plus, des groupes de consultation déjà en place en Saskatchewan ont indiqué que les femmes ne s'opposeraient pas à l'idée d'un registre. Des expériences déjà tentées par la Saskatchewan dans ce domaine, comme le registre des cas de tuberculose, ont été couronnées de succès. Dans l'état actuel des choses, les règles et règlements qui faciliteraient la création d'un registre du cancer du col utérin font défaut, mais on s'emploie à définir les principes qui sous-tendent une telle initiative. On se penche également sur d'autres sujets connexes, entre autres : le consentement éclairé, les données personnalisées et non personnalisées, la propriété des données et les méthodes de communication des données.

De plus, les participants ont fait remarquer que les Territoires du Nord-Ouest possèdent déjà les instruments législatifs nécessaires puisqu'on y recueille actuellement de l'information sur des cas suspects de cancer et de lésions précancéreuses. Dans les Territoires du Nord-Ouest, on s'interroge sur la confidentialité, mais cette préoccupation n'est souvent pas exprimée ouvertement. Un manquement à la confidentialité a de graves répercussions, car en raison de la taille réduite de la population, beaucoup de résidents se connaissent. De plus, certaines maladies sont taboues dans bon nombre de collectivités. La prudence dans la collecte et la communication de renseignements médicaux est donc de mise. Pourtant, l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest a décidé que les membres de la population avaient droit à l'information concernant leur santé. En d'autres termes, tout refus de divulguer une telle information constitue un «manquement au code d'éthique». Il existe entre les droits de l'individu et ceux de la collectivité un équilibre fragile qui doit d'une certaine façon être maintenu dans un secteur où on se pose déjà des questions au sujet de la confidentialité.

Les participants du Manitoba ont noté qu'il faudra changer la loi manitobaine sur le cancer pour pouvoir créer un registre. Parmi les questions auxquelles il faudra apporter des réponses figurent l'accès et la confidentialité associés au partage de la base de données et l'inclusion de cas de lésions non cancéreuses et de cas de cancer.

Les participants de l'Ontario ont évoqué la possibilité que la confidentialité des renseignements sur les patients préoccupe davantage les intervenants que le grand public. Il est probable qu'avec l'avènement de l'Internet et la crainte de l'expansion des régimes privés d'assurance-maladie, les manquements à la confidentialité suscitent des inquiétudes accrues. De plus, les lois et règlements ontariens régissant la protection de la vie privée et la confidentialité sont contenues dans 77 textes législatifs. L'Ontario a effectivement une Loi sur le cancer, qui ne vise que les tumeurs cancéreuses. Il pourrait être nécessaire de prévoir d'autres mesures législatives ou de modifier celles qui existent déjà pour tenir compte de la création d'un registre. On tente actuellement d'obtenir un avis juridique sur la question.

Seuls les participants du *Nova Scotia Gynaecological Cancer Screening Programme* étaient au courant de l'existence de mesures législatives provinciales qui exigent des laboratoires qu'ils communiquent l'information au Registre de cytologie. À Terre-Neuve, le patient qui demande un frottis cervical consent implicitement à la divulgation des renseignements connexes. À ce jour, aucune plainte n'a été reçue. La *Newfoundland Cancer Foundation* s'intéresse aux questions d'ordre juridique qui se posent aux médecins.

Bien qu'il n'existe en Colombie-Britannique ou en Alberta aucun texte de loi qui facilite la création d'un registre, les membres de ce groupe de travail considéraient qu'il ne serait pas difficile d'y remédier. Avant de revendiquer des mesures législatives, on doit s'assurer que le but recherché est bien défini. Une démarche analogue empruntée dans le cadre de l'*Alberta Program for the Early Detection of Breast Cancer* a révélé que l'adoption d'un texte de loi ne s'imposait pas. Ainsi, un registre du cancer du sein a été mis sur pied en l'absence de lois ou de règlements en la matière. On s'est interrogé sur la définition exacte des termes «consentement» et «confidentialité», et on s'est demandé dans quelle mesure on pouvait avoir l'assurance que les responsables des systèmes d'information font preuve de discernement dans la divulgation de renseignements. Par contre, les membres de ce groupe de travail jugeaient essentiel que les femmes sachent exactement ce à quoi elles consentent, c'est-à-dire qu'on leur donne toutes les explications nécessaires. En d'autres termes, s'agit-il pour elles d'autoriser que des renseignements personnels soient versés au registre aux seules fins du rappel, du suivi et de l'évaluation de programmes ou de consentir à faire partie d'éventuels projets de recherche?

Problèmes spécifiquement liés à la mise en oeuvre d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin

Si les questions, problèmes et défis sont essentiellement les mêmes, le contexte qui préside à l'administration des services de santé varie légèrement d'une province ou d'un territoire à l'autre. D'où l'orientation quelque peu différente souvent observée au niveau des discussions des groupes de travail. Malgré tout, les types de problèmes d'application soulevés présentent des dénominateurs communs. Le groupe de travail est identifié lorsqu'on le juge opportun.

A. Recrutement :

En jetant les bases nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, il faudra absolument mettre au point des stratégies pour inciter les médecins et les patientes à adhérer au programme et pour maintenir un taux de participation élevé.
Un certain nombre de bonnes idées ont été proposées. Par exemple, on a suggéré de confier aux médecins le soin de recruter leurs patientes. Certains groupes ont fait remarquer qu'on peut s'attendre à ce que certaines patientes se montrent réticentes à l'idée que le frottis soit pratiqué par un médecin de sexe masculin. Quoi qu'il en soit, on sait qu'un bon moyen d'accroître les taux de dépistage consiste à laisser aux médecins le soin d'inciter leurs patientes à adopter des mesures de prévention en général et, plus particulièrement, à participer à un programme de dépistage.

Mesures prises depuis la tenue de l'atelier : *Santé Canada a commandé un rapport qui est en cours d'impression. La publication, qui a pour titre* ***Entraves au dépistage : Recension critique de la littérature (1990-1995)****, fait la lumière sur certains facteurs qui, selon les études, nuisent à la participation des médecins et des patientes aux activités de dépistage préventif.*

Santé Canada parraine une étude réalisée actuellement dans le nord-ouest de l'Ontario, qui porte sur les connaissances, les attitudes et les obstacles relatifs au dépistage du cancer du col utérin chez les élèves de la 9e année.

Certains groupes de travail ont proposé de recourir au «jumelage», autrement dit, d'associer le dépistage du cancer du col utérin au dépistage du cancer du sein. Si une telle démarche ne permettrait pas de toucher toute la population visée par le dépistage du cancer du col utérin, elle règlerait le problème posé par le recrutement initial de participantes. Toutefois, comme de nombreux groupes de travail, cette suggestion pourrait créer plus de problèmes qu'elle n'en résoudrait, en ce sens que la fréquence des rappels n'est pas la même pour le cancer du sein et pour le cancer du col utérin. De plus, elle n'inciterait pas les femmes à nouer des liens avec leur médecin personnel.

Le groupe de travail du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard et celui de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve ont proposé une autre stratégie : la présentation de rapports sur l'état de santé par région. Si les membres d'une collectivité donnée savent que l'incidence d'une maladie est supérieure à la moyenne dans leur région, ils pourraient être incités à avoir recours à des mesures préventives, notamment au dépistage. Une autre suggestion concerne les médecins. Au Nouveau-Brunswick, le matériel (entre autres, les spatules) est fourni aux médecins. Le Québec aimerait bénéficier également de cet avantage. Les laboratoires pourraient également faciliter ce processus en apprenant aux médecins à bien utiliser les appareils.

Peu importe les stratégies de recrutement utilisées, tous les groupes de travail estimaient que les administrateurs du programme ne doivent pas perdre de vue certaines considérations. Bon nombre d'entre eux ont mis en évidence certains obstacles, notamment, la gêne, l'appréhension du diagnostic et la crainte du harcèlement sexuel. Parmi les moyens à utiliser pour trouver les facteurs qui nuisent au recrutement, on a proposé la création de groupes de réflexion et la tenue d'enquêtes, en partant du principe que la meilleure façon de déterminer pourquoi les femmes ne participent pas au dépistage consiste à leur poser la question. Il faudrait que les stratégies de recrutement visent des groupes cibles spécifiques comme les personnes vivant en milieu rural, les immigrants, les personnes âgées et les Autochtones. Les affiches placées dans les cabinets des médecins peuvent renseigner les femmes au sujet des frottis cervicaux (ou d'autres mesures de prévention) qui peuvent être pratiqués au cours d'une visite médicale. Parmi les autres suggestions faites figurent la tenue d'une séance d'information sur le cancer du col utérin et les frottis cervicaux pour les filles au début du secondaire et l'inclusion de renseignements dans les envois postaux concernant les crédits d'impôt pour enfants.

Le groupe de l'Ontario/du Manitoba a mis l'accent sur la nécessité de concevoir les activités de recrutement en fonction du facteur coût-efficacité. C'est dire qu'il faut que les coûts de la publicité et du recrutement se traduisent directement par un accroissement du nombre de participantes au programme. En outre, le groupe de travail de la Colombie-Britannique et de l'Alberta s'est dit d'avis que toute stratégie de recrutement proposée doit «respecter l'autonomie individuelle des femmes». Autrement dit, l'obtention d'un frottis cervical ne doit pas être une démarche compliquée pour la femme; elle doit être facilitée par les structures en place. Par exemple, on pourrait réussir à initier les femmes au programme de dépistage du cancer du col en intégrant les frottis cervicaux aux examens médicaux imposés aux immigrantes et aux examens d'entrée dans un foyer de soins infirmiers pour personnes âgées.

Les partenaires et les participants auront des réactions très diverses aux stratégies visant à mettre en place ce genre de programmes et à obtenir des femmes qu'elles y participent. Les responsables des programmes doivent être prêts à accepter ces réactions, savoir composer avec elles et apprendre à les prévenir. En effet, lorsqu'on a affaire à certaines collectivités, il y a un protocole à suivre pour s'assurer la collaboration des personnes concernées. Par exemple, lorsqu'il s'agit des Autochtones du nord de la Saskatchewan, les membres des Conseils tribaux sont les premières personnes auxquelles on doit s'adresser

dans la collectivité. Dans les Territoires du Nord-Ouest, les infirmières hygiénistes doivent être mises à contribution dans l'application des stratégies de recrutement puisque beaucoup sont responsables de centres de santé, un élément important des services de santé. L'adaptation aux réalités linguistique et culturelle est un facteur qui, sans être nouveau ou unique, n'en est pas moins important. En Australie, il est inconcevable d'envoyer des lettres rédigées uniquement en anglais; dans les Territoires du Nord-Ouest, les huit langues officielles doivent toutes être utilisées. Ces facteurs doivent être pris en considération et être intégrés à toute stratégie de recrutement.

B. Fréquence des examens et taux acceptables de dépistage

Les divers groupes de travail ont apporté des réponses diverses à la question concernant la fréquence idéale des examens de dépistage du cancer du col utérin. En substance, les personnes ne s'opposent pas aux recommandations formulées lors de l'atelier tenu en 1989. Toutefois, comme les recommandations présentées forment un tout, les discussions ont porté sur les mesures à prendre en attendant qu'elles soient appliquées en bloc.

Les opinions au sujet des taux acceptables de dépistage étaient très variées. De l'avis du groupe de travail de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, une province doit décider si elle veut se fixer des objectifs faciles à atteindre ou qui représentent un défi. Ces objectifs peuvent être définis à la lumière de critères scientifiques, mais on ne doit pas perdre de vue que des facteurs d'ordre politique et éthique doivent également entrer en ligne de compte. En effet, le groupe de travail du Manitoba et de l'Ontario jugeait que l'expression «taux acceptable» pouvait donner matière à controverse et lui préférait les termes de «taux cible». Il est irréaliste de ne fixer qu'un seul «taux acceptable». En effet, on pourrait prévoir bien des objectifs différents, qui tiennent compte de la diversité des populations de la province, et qui augmenteront progressivement jusqu'à ce que toute la population féminine se soumette à des examens de dépistage.

Le groupe de travail du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard a indiqué qu'il est très difficile de fixer un taux pour le dépistage du cancer du col utérin. Lorsqu'il s'agit du cancer du sein, on sait qu'il faut que 70 p. 100 des femmes soient inscrites à un programme de dépistage avant que l'on observe une différence sur le plan de la mortalité, mais dans le cas du dépistage du cancer du col utérin, on ne possède pas ce genre de chiffres. Il est connu que le cancer invasif du col utérin est plus répandu chez les femmes qui ne subissent pas régulièrement un examen de dépistage : il serait totalement arbitraire de fixer à 70 ou à 80 p. 100 le taux de dépistage acceptable dans ce cas. Il serait alors fort possible que le taux d'incidence du cancer soit le plus élevé chez les 20 à 30 p. 100 de femmes qui échapperaient au dépistage.

C. Appui des intervenants en santé

S'il ne reçoit pas l'appui du milieu des intervenants en santé, un programme complet de dépistage du cancer du col utérin ne donnera pas les résultats optimaux. Selon toute probabilité, la participation à ces activités de dépistage préventif sera volontaire. C'est pourquoi il est essentiel d'obtenir le soutien de toutes les catégories d'intervenants en santé. Idéalement, il faudrait offrir aux médecins une aide suffisante aux fins de la formation et de l'éducation. De plus, il faudrait qu'à tout le moins, les médecins participants ne soient pas pénalisés financièrement, et si possible, qu'il soient récompensés. Il s'agirait non seulement de leur offrir de l'information sur la fréquence appropriée des examens, sur les protocoles de traitement et divers aspects administratifs des programmes, mais aussi de leur montrer comment recruter des femmes à haut risque ou difficiles à joindre. Il s'agirait également de prévoir une formation continue sur le prélèvement des frottis cervicaux.

Le groupe de la Saskatchewan et des Territoires du Nord-Ouest considèrait que l'obtention du soutien des intervenants en santé dépendait pour beaucoup de leur degré de sensibilisation. Les participants de la Saskatchewan ont dit savoir d'expérience que leurs médecins tenaient aux systèmes de suivi. Ils estimaient toutefois que si les médecins souscriraient à un programme de recrutement, leur expérience des systèmes d'information les a rendus sceptiques à l'égard de ce qu'ils perçoivent comme une mainmise d'un «organisme extérieur» sur un aspect des soins de santé. De plus, les médecins de la Saskatchewan ont mis en doute l'intérêt que présentent certains renseignements recueillis par les laboratoires. C'est pourquoi, afin d'obtenir l'adhésion du corps médical à un programme de dépistage du cancer du col utérin, on a proposé d'aborder l'assurance de la qualité, le rappel et les systèmes d'information sous l'angle de la formation. Si on comparait à la norme le nombre d'échantillons prélevés par un médecin et constatait qu'il était inférieur à la moyenne, ce dernier serait incité à l'augmenter en conséquence. Une autre façon de motiver les médecins consisterait à communiquer aux femmes les résultats de l'examen de leurs frottis, y compris lorsqu'ils sont satisfaisants. Quelle que soit la décision prise, il y a lieu d'atténuer les appréhensions des médecins en leur offrant la possibilité de participer à la prise de décisions.

Le groupe du Manitoba et de l'Ontario s'est interrogé sur l'échange des données concernant les frottis. Certains médecins estiment que cette information leur «appartient». Les laboratoires pourraient avoir des hésitations à l'égard de la divulgation de données à une base de données commune. En outre, il n'existe pas de loi autorisant les systèmes de dossiers médicaux à communiquer certains renseignements précis à un registre centralisé. Si l'on ne résout pas ces questions, il pourrait être difficile d'obtenir l'appui généralisé du corps médical.

Le groupe de travail de la Nouvelle-Écosse/de Terre-Neuve et celui du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient d'avis que l'obtention de l'appui des médecins ne poserait pas trop difficultés car les médecins savent intuitivement qu'un dépistage structuré est préférable pour leurs patientes et pour eux mêmes. En effet, en Nouvelle-Écosse, l'appui à l'égard du programme en place ne pose pas de problème. Toutefois, on offre beaucoup d'appui et d'information aux médecins pour faciliter leur participation. Dans cette province, l'appui est un processus réciproque.

Le rôle du gouvernement

Dans toutes les discussions tenues lors de l'atelier, la question sous-jacente était de savoir qui prendra l'initiative et assumera la responsabilité à l'égard des activités nécessaires à l'élaboration de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin. Comme il s'agit essentiellement d'un instrument qui vise l'ensemble de la population, les autorités publiques (fédérales, provinciales et territoriales) ont un rôle important à jouer dans le dossier. En vertu de la Loi canadienne sur la santé (1984), il incombe au gouvernement fédéral de veiller à l'administration publique, à l'intégralité, à l'universalité, à la transférabilité et à l'accessibilité des différents services provinciaux de santé. Quant aux provinces et aux territoires, ils sont responsables de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de la gestion de leurs propres services de santé. En dépit de ce partage des rôles, il est généralement reconnu que l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé passera nécessairement par une collaboration entre les divers partenaires concernés, entre autres, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les professionnels de la santé, les organismes bénévoles et les organisations non gouvernementales ainsi que les membres de la population.

Afin d'aider les participants à comprendre le rôle que les gouvernements pourraient jouer sur le plan de l'élaboration de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin et à faire des recommandations à cet égard, chaque groupe de travail a conclu sa séance de discussion par un débat sur ce sujet en établissant un lien avec le thème abordé. Il est ressorti de toutes les discussions que le gouvernement fédéral doit coordonner et faciliter les opérations et que les gouvernements provinciaux doivent s'occuper des aspects promotionnel, financier et juridique du projet. Cinq secteurs clés sont définis : échange d'information et constitution de réseaux, élaboration de normes et de lignes directrices, mise au point de registres et de systèmes d'information, recrutement et sensibilisation du public et prestation de services.

A. Échange d'information et constitution de réseaux :

Selon les cinq principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important en facilitant l'échange d'information et les activités connexes, l'établissement de liens entre les provinces et la mise au point de démarches et de programmes communs en vue de l'élaboration de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin. Pour ce faire, il a à sa disposition divers mécanismes, entre autres : les ateliers, les groupes de travail nationaux, la compilation de résultats de recherches et la constitution de réseaux électroniques. Le gouvernement fédéral a également la possibilité de fournir aux responsables provinciaux de l'élaboration de programmes des données statistiques applicables au Canada et àd'autres pays, de faire une synthèse des études réalisées et de l'expérience acquise à ce jour et de la communiquer aux provinces. En outre, le gouvernement fédéral est le mieux placé pour déterminer quels sont les multiples disciplines qui devraient légitimement participer au règlement des problèmes posés par l'élaboration de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin. À titre d'exemple, en ce qui concerne les immigrants, le gouvernement fédéral pourrait tenir un

congrès sur l'immigration et la santé, intégrer le dépistage aux formalités d'immigration et orienter les nouveaux immigrants vers les programmes de prévention. De surcroît, il pourrait servir d'intermédiaire entre les femmes autochtones et les provinces, l'objectif étant de joindre les groupes mal desservis.

B. Qualité des soins

Le gouvernement fédéral a un rôle très net à jouer dans le cas de l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Pour parvenir à une uniformisation des soins partout au Canada, le gouvernement fédéral peut amener les intervenants à s'entendre sur les questions controversées liées au dépistage du cancer du col utérin, par exemple, sur la fréquence des examens de rappel et sur les protocoles de traitement en cas de frottis anormaux. Il y a lieu de s'entendre sur le traitement à offrir à la patiente, compte tenu des considérations liées à la qualité et au coût des soins. De plus, on a besoin de lignes directrices bien définies régissant les pratiques des laboratoires et d'une terminologie uniformisée applicable aux épreuves de laboratoire. Les mécanismes d'agrément doivent être bien établis et surveillés de près par l'organisme responsable. Il y a également lieu de trouver un moyen de mesurer et d'améliorer la qualité des frottis prélevés par le médecins et un moyen de renseigner le médecin sur la qualité de ses prélèvements. Ce genre de mesures pourraient être prises aux échelons fédéral, provincial et territorial ainsi que par le secteur non gouvernemental. Il faudrait inciter les associations professionnelles à faire office de chef de file à cet égard.

C. Élaboration de systèmes d'information et de registres

Au cours de l'atelier, les participants ont maintes fois souligné la nécessité de mettre en place un système d'information axé sur la population. Selon eux, le gouvernement fédéral pourrait faciliter la création d'un tel système par l'une ou par l'ensemble des activités suivantes :

- Il pourrait assurer un suivi sur les systèmes d'information par la tenue d'un atelier. Parmi les questions qui pourraient être inscrites à l'ordre du jour figurent les besoins des usagers, les politiques relatives à la divulgation de renseignements, les normes régissant l'accès à l'information et les autorités compétentes en la matière et l'uniformisation de la terminologie.
- Il pourrait confier à un groupe de travail le mandat d'élaborer des systèmes pouvant regrouper des données à l'échelle nationale.
- Il pourrait réaliser des études pilotes et des études de faisabilité.
- Il pourrait enfin veiller à l'application d'un plan d'évaluation qui comparerait les données de base aux données recueillies après l'introduction du programme.

Des systèmes d'information compatibles d'une province à l'autre amélioreraient sensiblement un programme complet de dépistage du cancer du col utérin. C'est une question sur laquelle doivent se pencher les sous-ministres.

Les participants considèraient que les gouvernements provinciaux et territoriaux avaient un rôle à jouer sur les plans de la réglementation et du financement. Pour faciliter la mise en place de systèmes d'information, ils jugeaient essentiels un examen et une révision des lois et règlements. Ils estimaient également que des études pilotes et des études de faisabilité seraient un atout. L'adhésion d'épidémiologistes provinciaux à l'idée de mettre sur pied des registres provinciaux contribuerait à justifier davantage leur raison d'être auprès des autorités provinciales et faciliterait leur création.

D. Recrutement et sensibilisation du public

Les deux ordres de gouvernement doivent travailler de pair en vue de sensibiliser davantage la population, d'élaborer des campagnes de marketing social, de contribuer aux coûts de démarrage et de fonctionnement et d'inciter les laboratoires publics et privés à prendre part à un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, puisqu'il est peu probable qu'une nouvelle infrastructure soit mise en place pour ce type de programme. De plus, il faut absolument amener les femmes à s'intéresser et à participer à l'élaboration d'un programme complet. Dans cette optique, il faut créer des liens de partenariat avec les organisations non gouvernementales. Un groupe a proposé divers moyens d'accroître la sensibilisation du public (en collaboration avec les organisations non gouvernementales) : contacter les médias, mener des campagnes invitant les femmes à consulter les cliniques, offrir aux bénévoles une formation en action communautaire, inviter des représentantes d'associations féminines à parler de la question et promouvoir la participation des femmes. Lorsque le plan de recrutement est au point, les gouvernements provinciaux peuvent augmenter ses chances de réussite en faisant la promotion du dépistage du cancer du col utérin auprès des médecins et en facilitant les échanges entre les intervenants provinciaux.

E. Prestation des services de dépistage

Afin de susciter dans les milieux politiques l'intérêt voulu pour qu'ils donnent suite à la création d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, il faut s'employer à promouvoir la viabilité économique d'un tel projet. De plus, les gouvernements provinciaux pourraient être les mieux placés pour confier àdes groupes de travail provinciaux le mandat d'examiner tous les aspects de ce genre de programme : les liens entre les systèmes d'information, le recrutement, la sensibilisation du public, la prestation de services et le cheminement des patientes àl'intérieur du système de santé.

Les provinces pourraient contribuer financièrement à la création de groupes de travail provinciaux, aux frais de démarrage du programme et à la mise sur pied d'un système d'information et modifier le barème de tarification de manière à encourager la participation aux programmes de dépistage. La collecte de fonds par une tierce partie pourrait être envisagée.

Plans d'action provinciaux

Le dernier jour de l'atelier a porté sur les mesures concrètes à prendre pour faire avancer le dossier. Les participants de chaque province ont été invités à se prononcer sur les moyens qu'ils pourraient prendre pour aller de l'avant et catalyser les efforts nécessaires à l'adoption d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin dans leur province ou leur territoire. Chaque groupe a présenté son plan d'action. Afin de vous aider à bien comprendre ces plans d'action, nous vous présentons, dans le tableau ci-après, les éléments déjà en place qui, de l'avis des participants, sont essentiels à l'élaboration d'un programme complet. Une description du plan d'action de chaque province suivra. Il importe de souligner que l'état d'avancement de ces plans d'action est variable, en ce sens que dans certaines provinces, les programmes sont bien établis, alors que dans d'autres, ils débutent à peine. Il faut ajouter que ces plans d'action ne rendent compte que des mesures qu'entendent prendre les participants à l'atelier et ne traduisent pas un engagement ferme sur le plan des échéances ou des ressources. Par contre, il est évident que les intéressés montrent l'enthousiasme et la motivation voulus pour mener à terme leur plan d'action.

Éléments clés d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin déjà en place

Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, on pratique le dépistage opportuniste; toutefois, certains éléments d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin sont déjà en place. La province dispose déjà d'un système d'information et a déjà défini les objectifs généraux et spécifiques, les priorités, le public cible, les normes et les modalités d'assurance de la qualité relatifs à un tel programme. Elle possède un mécanisme de rappel, dont l'efficacité auprès des femmes autochtones et des immigrantes de fraîche date est toutefois douteuse. En outre, il est déjà intégré aux systèmes de suivi. Le programme fait l'objet d'une évaluation qui n'offre cependant pas de données économiques circonstanciées.

Alberta

L'Alberta n'applique pas de programme complet de dépistage du cancer du col utérin; on y pratique le dépistage opportuniste. La province ne dispose pas de système d'information pas plus qu'elle n'a défini d'objectifs généraux et spécifiques très nets, de priorités, de public cible, de normes ou de modalités d'assurance de la qualité ou de mécanisme d'appel/de rappel. Par contre, les participants estiment que la province possède l'expertise voulue pour aller de l'avant si l'on réussit à mobiliser les efforts en vue de la réalisation d'un tel objectif.

Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest sont tributaires en partie des services dispensés par la Colombie-Britannique et le Manitoba. Dans les Territoires du Nord-Ouest, des infirmières dûment formées pratiquent 80 p. 100 des frottis cervicaux. Il est difficile d'obtenir des données d'un grand nombre de médecins de Yellowknife. Après la tenue de l'atelier de 1989, le programme mis en oeuvre dans les Territoires du Nord-Ouest présente certaines lacunes sur le plan de l'assurance de la qualité, car bien que les premiers tests soient toujours analysés par le même laboratoire, les rappels peuvent être faits n'importe où. Le registre de données sur la maladie, dans lequel doivent être inscrits tous les cas d'affections malignes, peut s'avérer utile. La *Hospital Insurance Act*, qui autorise la divulgation de renseignements à des chercheurs de bonne foi, peut elle aussi être utile. Cette loi est en cours de révision, et les éléments manquants pourraient y être intégrés. Comme il s'agit d'une population disséminée et «captive», il est plus facile d'identifier la clientèle.

Saskatchewan

La Saskatchewan dispose d'un système perfectionné d'information sur la santé. Le mécanisme d'assurance de la qualité y est d'assez bonne qualité, mais il a besoin d'être amélioré. Les personnes inscrites au registre bénéficient d'un bon suivi, mais aucun mécanisme de rappel n'est prévu pour celles qui n'y sont pas inscrites. Les deux bases de données ne sont pas encore intégrées; pour les relier, encore faudrait-il relier les deux laboratoires provinciaux. Un mécanisme de rétroaction est en place, mais il ne permet pas de suivre les médecins sur une longue période et n'est pas très complet. Les recommandations issues de la conférence de 1989 ont eu beaucoup d'impact dans cette province. La Saskatchewan impose la limite de 25 000 frottis par laboratoire et met en oeuvre la recommandation relative à l'emploi à temps plein de trois cytotechniciens et a déjà amorcé la centralisation. Le programme de dépistage du cancer du col utérin peut être jumelé à d'autres programmes établis, par exemple, le programme de dépistage du cancer du sein.

Manitoba

Il n'existe pas au Manitoba de programme structuré, mais certains éléments sont déjà en place, par exemple, la détermination des autorités publiques et la motivation des professionnels. Par contre, la province ne possède pas de mécanisme de mise en oeuvre. Un comité provincial intersectoriel, mis sur pied par le ministère de la Santé, se penche actuellement sur la question d'un programme complet de dépistage.

Ontario

En Ontario, le gouvernement et les professionnels font preuve de leadership et de détermination. Un groupe de travail spécial s'occupe de mettre en place les éléments clés d'un programme complet de dépistage. Il a déjà fait les premiers pas dans ce sens. Ainsi, il a recommandé la création d'une base de données centralisée axée sur la population.

Québec

Le Québec ne dispose d'aucun registre central. Les frottis sont interprétés dans les hôpitaux universitaires. Il n'existe dans la province ni lignes directrices ni moyen de surveiller l'assurance de la qualité.

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance de la qualité dans les laboratoires se fait au moyen d'un mécanisme bien rodé. Un comité de travail formé d'obstétriciens et de gynécologues s'occupe du contrôle de la qualité. Il n'existe dans la province ni registre ni laboratoire central (en revanche, on y compte huit laboratoires régionaux), ni mécanisme de surveillance/d'évaluation. L'élément moteur est l'objectif de qualité que se sont fixé les laboratoires. De plus, la plupart des laboratoires sont situés dans les hôpitaux. Ils appliquent des lignes directrices américaines et sont agréés par l'*American Pathologist Association*.

Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse met en oeuvre un programme de dépistage du cancer du col utérin dont les éléments suivants sont déjà en place : leadership, autorisation législative et stratégie d'éducation du public et des professionnels. Un système d'information est actuellement en cours d'élaboration. Une stratégie de recrutement sera appliquée au cours de la prochaine année.

Île-du-Prince-Édouard

L'Île-du-Prince-Édouard est dotée d'un mécanisme d'assurance de la qualité, d'un registre central et de lignes directrices bien définies. De plus, elle s'occupe de créer une base de données informatisée pour les suivis. Le mécanisme de surveillance/d'évaluation n'est pas encore en place. Le contrôle de la qualité tient à la détermination des professionnels et au fait qu'il n'existe qu'un laboratoire, d'où l'uniformité de la qualité. La taille réduite de la province est aussi un atout. Le laboratoire a été agréé par l'*American Pathologist Association*.

Terre-Neuve

Terre-Neuve possède un système d'information, mais elle ne mène aucune campagne d'information. Elle dispose des mesures législatives pertinentes, mais la divulgation de renseignements n'y est pas obligatoire.

Colombie-Britannique

La *British Columbia Cancer Agency* est en voie d'introduire un nouveau système informatisé pour le *B.C. Gynaecological Cytology Screening Program*. Le nouveau système devrait être pleinement opérationnel d'ici la fin juin 1995. Il permettra à la province d'élargir la portée de son programme d'assurance de la qualité dans les laboratoires et de mettre sur pied un système d'appel/de rappel qui accorde la priorité aux femmes plus âgées et à celles qui subissent rarement des examens de dépistage. En outre, le nouveau système d'information permettra aux personnes autorisées, qui réalisent des études épidémiologiques et statistiques, d'accéder plus facilement aux données.

Alberta

Dans le cas de l'Alberta, la première étape consiste à entreprendre des démarches auprès du ministre de la Santé afin d'obtenir une demande en bonne et due forme concernant l'élaboration d'un projet de dépistage complet du cancer du col utérin. Il pourrait s'avérer nécessaire d'exercer des pressions pour obtenir son adhésion. Dans un deuxième temps, il s'agira de trouver un groupe de travail et/ou un porte-parole. Le groupe aura entre autres responsabilités celles de définir un mandat, de s'assurer de la participation des intervenants, de définir des objectifs généraux et spécifiques, d'examiner d'autres programmes (p.ex., le modèle utilisé pour le dépistage du cancer du sein) et de promouvoir les échanges interprovinciaux. Ce dernier objectif ne peut être réalisé qu'avec le concours du gouvernement fédéral (Santé Canada) qui veillera à la mise en place d'un réseau national d'échanges.

Une fois le processus arrêté, on pourrait mettre au point, d'ici octobre 1995, un projet de dépistage avec la collaboration des collectivités (et l'appui du Ministre), qui serait mis en oeuvre en avril 1996. Le projet comprendra les éléments suivants :

- une justification d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin
- un plan de consultation
- une description des mesures à prendre pour obtenir l'adhésion des divers intervenants (établissement de liens entre les groupes d'intérêt et les ONG, et le conseil régional, l'*Alberta Cancer Board (ACB)*, la SCC, les représentantes de consommatrices, les groupes professionnels, le représentant du programme de lutte contre le cancer du sein)
- rapprochement avec les questions liées au cancer du sein.

Pendant que l'on met au point le projet, on pourrait demander aux sous-ministres de la Santé de passer en revue la législation provinciale et à l'Institut canadien de l'information en matière de santé de revoir un ensemble de données minimal aux fins du transfert de données. Il faudrait communiquer avec des organismes tels que l'Association du Barreau canadien pour déterminer s'il y a lieu d'adopter de nouvelles dispositions législatives.

Territoires du Nord-Ouest

Dans les Territoires du Nord-Ouest, on prévoit, dans un premier temps, tenir une réunion avec des cadres du Ministère afin de remédier à la fragmentation des données relatives au programme. À partir du moment où l'on aura bien déterminé que la «fragmentation des données» nuit à l'efficacité du programme, on pourra mettre en place les correctifs qui s'imposent. Par exemple, si le problème tient aux délais nécessaires à l'obtention des résultats de frottis, on doit découvrir la cause de ce retard.

Dans un deuxième temps, il s'agira d'établir les profils des patientes, des intervenants, des collectivités/des groupes visés par le programme. Par exemple, il y a lieu non seulement d'entreprendre une analyse appropriée afin de montrer que les femmes ne sont pas soumises à un dépistage et qu'il y a des cas où l'on pratique trop de tests de dépistage, mais aussi de déterminer où et pourquoi cette situation se produit.

Saskatchewan

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan veut obtenir des preuves justifiant la raison d'être d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin. Par la suite, il tiendra une réunion au cours de laquelle les intervenants, entre autres les représentants des divers ordres du gouvernement, des associations féminines, du Collège des médecins et chirurgiens, des laboratoires et des techniciens, discuteront des questions qui s'y rattachent.

Idéalement, un groupe de travail serait constitué (à l'instigation du ministre de la Santé) et chargé de donner suite aux recommandations présentées par la commission. La Saskatchewan applique déjà bon nombre des recommandations issues de la conférence de 1989, mais de manière fragmentaire. Un effort concerté encouragerait grandement la province à aller chercher de l'avant.

Des groupes de pression pourraient être formés à l'initiative d'associations féminines, de laboratoires à la recherche de financement, de la *Cancer Foundation*, d'obstétriciens/de gynécologues et d'épidémiologistes.

La *Cancer Foundation* pourrait finir par coordonner le programme, comme elle l'a fait dans le cas du programme de dépistage du cancer du sein.

Il est important de trouver un défenseur de la cause, car en l'absence de porte-parole, il est rare que les choses bougent. Par contre, les expériences récentes à l'échelle locale ont aussi montré qu'il n'est pas toujours évident de travailler avec un porte-parole. Si un porte-parole n'offre pas spontanément ses services, il s'agit de sonder les médecins hygiénistes de district, les membres du conseil provincial de santé ou des personnes qui relèvent directement du Cabinet.

Il faut aussi prévoir un système d'information solide et entretenir des liens avec les médias afin que le message soit bien transmis aux législateurs, aux intervenants en santé et à

l'ensemble de la population. On pourrait par exemple rédiger des articles qui seraient publiés dans divers bulletins pertinents.

Manitoba

Depuis quelques mois, la Fondation manitobaine du cancer a chargé un comité de se pencher sur la mise sur pied d'un programme plus complet de dépistage systématique du cancer du col utérin en vue de trouver de meilleures façons d'accroître la sensibilisation et la participation des femmes au dépistage du cancer du col utérin.

Cet effort visera surtout certains groupes de la population féminine (les Autochtones, les personnes âgées et les prostituées).

De concert avec le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, le comité cherchera à mieux faire observer les lignes directrices en matière d'assurance de la qualité à l'égard des examens cytologiques faits au Manitoba.

De plus, au terme d'une année de délibérations, le *Provincial Committee for Laboratory Medicine* a récemment (en 1995) publié son rapport, dans lequel il préconise le regroupement de laboratoires de cytologie (tant publics que privés) de sorte qu'on réduirait le nombre de services mais on en augmenterait la taille, ce qui améliorerait l'efficacité du programme de dépistage et la formation d'un registre central de cytologie.

Les recommandations du *Provincial Laboratory Medicine Committee* ne sont pas encore mises en oeuvre.

Ontario

Le groupe de travail spécial du dépistage du cancer du col utérin a été formé en octobre 1993 par la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, l'*Ontario Medical Association* et l'*Ontario Association of Medical Laboratories*. Le Groupe avait pour mandat d'améliorer les services de dépistage du cancer du col utérin en Ontario. Le *Provincial Cancer Network*, créé en avril 1994 par le ministère de la Santé, a demandé au groupe de travail, qui comprend maintenant beaucoup d'autres intervenants clés, d'élaborer un plan pour l'application du programme de dépistage du cancer du col utérin en Ontario. Ce plan a été présenté en décembre 1994. Le plan d'action exposé ci-après est proposé.

Il faudrait que le ministère de la Santé reconnaisse officiellement le groupe de travail spécial sur le dépistage du cancer du col utérin. Il faudrait mettre en oeuvre dans six laboratoires extra-hospitaliers des projets pilotes communautaires concernant des systèmes d'information pour le dépistage du cancer du col utérin et pour les frottis cervicaux. Il faudrait aussi réaliser des études pilotes sur les façons de procéder afin d'amener les femmes à participer aux programmes de dépistage. On a en outre besoin de lignes directrices sur la fréquence des rappels en cas de frottis normaux et sur la prise en charge

des frottis anormaux. Un sous-groupe devrait être chargé de passer en revue les nouvelles techniques de prélèvement et d'interprétation des frottis cervicaux.

Québec

Afin de mettre en place un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, il faudra, dans un premier temps, utiliser les fonds de manière plus judicieuse et confier à un groupe administratif le soin de coordonner les activités de lutte contre le cancer du col utérin et le travail des intervenants dans ce domaine.

Dans un premier temps, il s'agira de comparer les méthodes d'application des programmes de dépistage du cancer du sein et des programmes de dépistage du cancer du col utérin. À l'heure actuelle, les initiatives de dépistage du cancer du sein relèvent du service de santé publique du ministère de la Santé.

Au Québec, les professionnels ont chargé un conseil de surveiller la situation. Un sous-comité, formé entre autres de représentantes d'associations féminines, de cytologistes et de gynécologues, étudie la question du dépistage. D'autres sous-comités s'intéressent à des questions telles que le diagnostic, la réadaptation et le soutien.

Le Québec cherchera lui aussi à accroître la sensibilisation au cancer du col utérin.

Nouveau-Brunswick

On doit demander au sous-ministre de trouver un centre de responsabilité, après quoi on convoquera les intervenants à une réunion. Un registre de cytologie sera mis sur pied; la surveillance sera assurée par une unité d'épidémiologie.

Le ministère de la Santé est bien placé pour faciliter les discussions avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick dans les domaines de la formation, du recrutement et du contrôle de la qualité.

Nouvelle-Écosse

La prochaine étape consistera à mettre au point des stratégies de recrutement. Dans cette optique, il faudra réaliser des études du comportement, trouver des sujets qui n'ont pas subi d'examen de dépistage et des sujets qui n'en ont pas subi suffisamment et réaliser un projet pilote régional auprès de personnes n'ayant pas subi de tests de dépistage.

On doit en outre mettre en place un mécanisme permettant d'envoyer des lettres de rappel aux médecins dont les patientes ayant présenté des résultats anormaux n'ont pas subi d'examen de suivi ainsi que des rappels aux femmes qui ont «abandonné» le programme.

Dans le cadre du programme d'assurance de la qualité en histopathologie, en cytologie et en colposcopie, il existe maintenant un projet pilote régional qui permet d'évaluer la qualité des frottis.

À l'heure actuelle, la province s'emploie à faire part aux autres provinces des expériences réussies et des échecs liés à la mise sur pied d'un système d'information adapté aux exigences d'un registre. C'est une façon de procéder plus efficace que «révolutionnaire». De plus, les programmes sont actuellement soumis à une évaluation externe qui devrait être achevée aux environs de juin 1995. Le premier rapport annuel suivra.

Île-du-Prince-Édouard

À l'Î.-P.-É., un groupe de travail s'occupe depuis trois ans de présenter sous une forme «utilisable» les données actuellement accessibles. On fait actuellement l'acquisition de matériel de traitement pour faciliter l'accès à l'information. Dans deux mois, une base de données relationnelles sera intialisée. Suivant le développement du logiciel, on pourra savoir qui a subi un test de Papanicolaou et qui n'en a pas subi. Il sera facile de surveiller les taux de dépistage.

L'Î.-P.-É. s'emploiera à demander aux médecins de recruter des patientes. Si les taux de cancer du col utérin de fléchissent pas, la province s'adressera directement aux femmes. Il y a lieu de doter les médecins de moyens pour assurer le suivi. Les médecins répugnent à contacter directement les femmes; 95 p. 100 indiquent que les tests de Papanicolaou font partie des examens de routine. On ne peut, faute de système d'information, obtenir de données précises concernant le nombre de sujets qui subissent un examen de dépistage, mais on pense que 62 p. 100 des femmes échappent au dépistage régulier.

Terre-Neuve

Afin de mettre sur pied un programme complet de dépistage du cancer du col utérin, il s'agit, dans un premier temps, de prévoir une rencontre avec les autorités provinciales pour la création d'un groupe de travail provincial.

Une fois ce groupe constitué, il convient de mettre en oeuvre un plan d'action ou de suivre un chemin critique en définissant des objectifs généraux et spécifiques ainsi qu'un cadre d'évaluation. De plus, il y a lieu de créer un réseau de communications et d'améliorer les systèmes d'information.

Annexe A
Agrément des laboratoires

Colombie-Britannique

- **Qui délivre les permis aux laboratoires?**

  En Colombie-Britannique, c'est le ministère de la Santé qui délivre les permis aux laboratoires.

- **Qui agrée les laboratoires?**

  L'agrément est accordé par les anatomopathologistes et les technologues, sous l'égide de la *B.C. Association of Laboratory Physicians*.

  La *British Columbia School of Cytology* est agréée séparément selon le processus d'agrément des écoles de technologie de l'Association médicale canadienne.

  De plus, l'inspection du laboratoire a lieu en même temps que l'évaluation de l'établissement complet, dans le cadre du processus d'agrément des hôpitaux de l'Association médicale canadienne.

- **Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?**

  Chacun des trois groupes susmentionnés impose ses propres critères, qui deviennent plus complexes à chaque visite.

- **À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?**

  L'un ou l'autre des organismes d'agrément indiqués ci-dessus examine les laboratoires environ tous les deux ans.

- **Qu'arrive-t-il aux laboratoires non agréés?**

  Les conséquences varient selon l'écart constaté par rapport aux normes d'agrément. Il ne s'agit pas d'un processus de réprimande : lorsqu'un laboratoire ne satisfait pas aux normes d'agrément, il lui suffit généralement de suivre les recommandations de l'organisme pour que tout rentre dans l'ordre.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Le laboratoire de la *British Columbia Cancer Agency* est le seul en Colombie-Britannique à détenir un permis pour analyser et interpréter les frottis cervicaux.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  a. Tous les techniciens font l'objet d'une évaluation annuelle.

  b. Tous les faux positifs, faux négatifs et erreurs d'interprétation sont consignés pour chaque cytotechnologiste et chaque anatomopathologiste.

  c. La première fois qu'un frottis se révèle nettement anormal chez une patiente dont les frottis étaient auparavant normaux, les trois frottis précédents sont examinés de nouveau.

  d. Toutes les biopsies du col utérin qui se révèlent nettement anormales sont comparées aux cytologies antérieures.

  e. Tous les mois, chaque cytotechnologiste et chaque anatomopathologiste reçoivent un rapport sur le contrôle (CQ) de la qualité de leur travail.

  f. Le laboratoire participe au programme de CQ en cytologie du Programme ontarien de vérification de la compétence des laboratoires.

- **Les renseignements ont été fournis par :**

Dr G.H. Anderson
Head, Section of Gynaecological Cytology
British Columbia Cancer Agency
Vancouver Clinic
600 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4E6

Téléphone : (604) 877-6000
Télécopieur : (604) 872-6044

YUKON

Tous les frottis cervicaux sont envoyés en Colombie-Britannique pour y être analysés.

ALBERTA

La province est en voie de restructurer ses services de laboratoire, notamment sur les plans de la gestion, de la prestation des services et de l'assurance de la qualité. Les renseignements fournis ici étaient à jour au moment de l'impression, mais ils sont susceptibles de changer.

- **Qui délivre les permis aux laboratoires?**

  En Alberta, c'est le ministère de la Santé qui délivre les permis aux laboratoires des hôpitaux et c'est le *College of Physicians and Surgeons* qui les octroie aux laboratoires privés.

- **Qui agrée les laboratoires?**

  Le ministère de la Santé a nommé le *College of Physicians and Surgeons of Alberta* responsable de l'agrément des laboratoires des hôpitaux en son nom.

- **Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?**

  L'agrément requiert des inspections sur place. Le *College of Physicians and Surgeons of Alberta* révise actuellement les questionnaires auxquels les installations doivent répondre avant l'inspection. Des exemplaires du questionnaire seront prêts dès juin 1995.

- **À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?**

  Tous les laboratoires sont agréés aux quatre ans, à moins que des problèmes survenus dans l'intervalle ne justifient que l'on devance cette échéance.

- **Qu'arrive-t-il aux laboratoires non agréés?**

  Le ministère de la Santé de l'Alberta en est informé et le paiement des services est suspendu.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Les services de cytologie ne sont pas centralisés.

- **En l'absence d'un tel laboratoire, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

  Environ 20 laboratoires, tant publics que privés.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  Le directeur médical de chaque laboratoire est responsable du contrôle de la qualité de chacun des établissements. Ce processus fait l'objet d'un examen tous les quatre ans, au renouvellement de l'agrément.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

Barb Unger
Manager, Diagnostic Services
College of Physicians and Surgeons of Alberta
900 Manulife Place
10180-101 Street
Edmonton (Alberta)
T5J 4P8

Téléphone : (403) 423-4764
Télécopieur : (403) 420-0651

Dr Gavin Stuart
Director
Tom Baker Cancer Centre
1331-29th Street NW
Calgary (Alberta)
T2N 4N2

Téléphone : (403) 670-1701
Télécopieur : (403) 283-1651

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Les frottis cervicaux ne sont pas analysés dans des laboratoires des Territoires du Nord-Ouest. La *British Columbia Cancer Agency* a la charge d'un programme de dépistage qui s'applique à l'ensemble des Territoires du Nord-Ouest, à l'exception de la ville de Yellowknife. Les frottis de dépistage et de diagnostic de la région de Yellowknife sont envoyés au laboratoire *Hanson and Associates* à Edmonton. D'autres frottis de diagnostic sont analysés dans les provinces voisines du Québec, de l'Ontario, du Manitoba et de la Colombie-Britannique.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

M^me^ Elaine Berthelet
Assistant Deputy Minister
Department of Health and Social Services
Box 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Téléphone : (403) 873-7711
Télécopieur : (403) 873-0266

SASKATCHEWAN

■ Qui délivre les permis aux laboratoires?

En Saskatchewan, c'est le ministère de la Santé qui délivre les permis aux laboratoires.

Pour obtenir un permis, un laboratoire doit se conformer aux normes d'assurance de la qualité établies par le *College of Physicians and Surgeons*. Le ministère s'est entendu avec cet organisme pour l'établissement de normes et la surveillance de la qualité des analyses faites par les laboratoires. En conséquence, la délivrance des permis est réalisée en étroite collaboration avec le *College of Physicians and Surgeons* de la province.

■ Qui agrée les laboratoires?

Les autorités provinciales sont en voie de réviser les lois et règlements régissant les laboratoires afin d'y intégrer un processus d'agrément. La réglementation qui donne au programme d'assurance de la qualité du *College of Physicians and Surgeons* le pouvoir d'agrément devrait être promulguée cet automne.

■ Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?

Un laboratoire ne peut obtenir un permis (pour effectuer des analyses) que s'il est agréé.

Le programme d'assurance de la qualité des laboratoires du *College of Physicians and Surgeons* aura pour responsabilité d'agréer les laboratoires selon certains critères, notamment : normes relatives à l'assurance de la qualité, titres de compétence, vérification externe de la compétence, appareils et installations, méthodes et techniques d'analyse, sécurité, formation corrective, inspections et contrôle de la qualité à l'interne.

■ À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?

À l'heure actuelle, l'assurance de la qualité est surveillée de façon continue dans les laboratoires. Si un laboratoire ne satisfait pas aux normes reconnues en matière d'assurance de la qualité, le ministère en est informé.

Le programme de délivrance de permis aux laboratoires a été établi en 1989 sous la forme d'un processus mixte d'agrément et de délivrance de permis, sous l'autorité d'un *Medical Laboratory Licensing Board*. Depuis, des changements notables sont survenus tant sur le plan des lois et des règlements que dans l'évaluation des laboratoires et des techniques qu'ils utilisent. Même si le *College of Physicians and Surgeons* surveille la qualité des tests et établit des normes depuis la mise sur pied du programme de délivrance de permis, le programme et le processus d'agrément sont encore en voie d'élaboration.

- **Qu'arrive-t-il aux laboratoires non agréés?**

  En Saskatchewan, les permis sont délivrés pour chaque installation, et chaque laboratoire détient un permis pour effectuer une série d'analyses. Le programme d'assurance de la qualité des laboratoires du *College of Physicians and Surgeons* décèle des problèmes relatifs à l'assurance de la qualité. Le Collège traite ces problèmes selon une méthode déterminée et travaille de concert avec les laboratoires pour corriger la situation. Si les problèmes ne sont pas corrigés, le Collège en informe le ministère de la Santé et recommande un plan d'action. Le ministère peut alors : suspendre le permis du laboratoire pour une ou plusieurs analyses, voire toutes, jusqu'à ce que la situation soit rétablie; ou révoquer le permis du laboratoire pour une ou plusieurs analyses, voire toutes.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Pour faire suite aux recommandations du comité d'assurance de la qualité du *College of Physicians and Surgeons*, la province est en voie de centraliser dans deux laboratoires les services de cytologie gynécologique.

- **En l'absence de laboratoire central, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

  En Saskatchewan, les services de cytologie gynécologique sont actuellement assurés par les laboratoires situés dans quatre (4) établissements détenteurs d'un permis. Deux d'entre eux effectuent la majorité des analyses, tandis que les deux autres en réalisent un faible nombre, pour leur propre hôpital.

  Projet pour le 1er janvier 1996 : deux (2) laboratoires centraux, un pour le nord et l'autre pour le sud de la Saskatchewan.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  En Saskatchewan, les laboratoires d'analyses, y compris les laboratoires de cytologie, doivent participer à un programme externe de vérification de leur compétence.

  C'est le *College of American Pathologists* qui administre le programme externe de vérification de la compétence, que le programme d'assurance de la qualité du *College of Physicians and Surgeons* juge acceptable. Les laboratoires souscrivent à ce programme externe depuis 1990. Tous les résultats de cette vérification, sauf ceux des laboratoires de cytologie gynécologique, sont communiqués au laboratoire d'où ils proviennent et au programme d'assurance de la qualité du Collège. Les résultats des laboratoires de cytologie gynécologique ne sont envoyés qu'au laboratoire d'où ils proviennent.

Le programme d'assurance de la qualité du Collège a demandé au *CAP* les résultats des laboratoires de cytologie pour que le programme d'agrément en prenne connaissance, mais le *CAP* a refusé d'accéder à sa demande. Comme le *CAP* considère cette démarche non pas comme un programme de vérification externe de la compétence mais comme un programme de formation, il refuse de faire parvenir les résultats au Collège.

Comme cette question n'est toujours pas réglée, le Collège envisage actuellement de recourir à d'autres programmes de vérification externe de la compétence. Parmi les options envisagées, il y a le recours au Programme ontarien de vérification de la compétence des laboratoires, la mise sur pied d'un programme intraprovincial et, éventuellement, celle d'un programme pour les provinces de l'Ouest.

■ Renseignements supplémentaires

Il y a plusieurs années, les laboratoires de cytologie ont reconnu le besoin de créer un processus de formation continue. En 1992, un programme provincial de formation a été mis en oeuvre; il portait sur des études de cas et consistait à faire circuler les lames d'un laboratoire à l'autre. Depuis l'an dernier, le programme d'agrément du *College of Physicians and Surgeons* a recueilli les résultats et élabore un plan d'action pour assurer le suivi des résultats anormaux.

Voici les recommandations du comité d'assurance de la qualité en cytologie (approuvées par le comité de gestion du programme à titre de politique, en novembre 1993) :

1. centraliser les analyses de cytologie gynécologique, idéalement aux deux endroits;

2. jusqu'à réalisation du point 1 ci-dessus, encourager les laboratoires qui comptent moins de trois cytotechnologistes ou dont la charge de travail n'est pas optimale, à s'associer avec d'autres laboratoires pour assurer des niveaux d'effectifs convenables, à participer à des activités de formation, de contrôle de la qualité et d'évaluation par les pairs, ou à confier toutes leurs analyses à un laboratoire plus important;

3. mettre sur pied dès que possible en Saskatchewan un programme externe de contrôle de la qualité en cytologie gynécologique pour suivre de près la qualité des analyses, ainsi que pour assurer la formation du personnel et améliorer le rendement des laboratoires;

4. créer une base de données commune sur les patientes, qui soit accessible aux laboratoires et à d'autres usagers.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

Bonnie Swan
Senior Program Analyst
Provincial Labs Services Branch
3475 Albert Street
TC Douglas Building
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Téléphone : (306) 787-8290
Télécopieur : (306) 787-3112

MANITOBA

■ Qui délivre les permis aux laboratoires?

Au Manitoba, les laboratoires ne détiennent pas de permis; ils sont agréés.

Toutefois, le directeur médical d'un laboratoire de cytologie, dont la compétence en biologie médicale (certificat de spécialité en anatomopathologie, pathologie générale ou l'équivalent) doit être dûment reconnue par le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, se voit délivrer un permis pour pouvoir exploiter le laboratoire. Les demandes de permis sont examinées par le ministère de la Santé (Comité permanent des services diagnostiques) et par le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba (Programme d'assurance de la qualité du Manitoba).

■ Qui agrée les laboratoires?

Le Programme d'assurance de la qualité du Manitoba, sous l'égide du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, agrée tous les établissements de diagnostic dans cette province, notamment les laboratoires, les services de visualisation diagnostique et les centres de médecine nucléaire.

■ Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?

Une fois qu'un établissement est approuvé, celui-ci doit faire une demande d'autorisation pour effectuer des analyses. Pour obtenir l'autorisation de pratiquer une nouvelle technique ou une technique supplémentaire, le laboratoire doit d'abord faire parvenir une demande au Programme d'assurance de la qualité du Manitoba (MANQAP). Ce dernier examine la demande et prend une décision en fonction des ressources professionnelles, du personnel technique, des appareils, des installations et des programmes de contrôle de la qualité. Ensuite, il doit soumettre une demande à Santé Manitoba; la décision dépend alors des besoins particuliers de la région pour ce type d'analyse.

■ À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?

Le MANQAP visite les lieux au moins une fois tous les cinq ans, à moins que des circonstances particulières ne justifient que l'on devance cette échéance. Les résultats du contrôle externe de la qualité sont surveillés de manière continue.

■ Qu'arrive-t-il aux laboratoires non agréés?

Un laboratoire non agréé ne peut effectuer d'analyses diagnostiques à des fins cliniques.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Les services de cytologie ne sont pas centralisés. Depuis plusieurs années, divers comités se sont penchés sur cette question, sans toutefois obtenir de consensus quant à la centralisation des services, pour le Manitoba. Par contre, l'idée d'un registre central a été beaucoup mieux accueillie et les discussions se poursuivent en ce sens.

- **En l'absence de laboratoire central, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

  À l'heure actuelle, huit (8) laboratoires d'hôpitaux et six (6) laboratoires privés effectuent les analyses de cytologie.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  En 1988, tous les laboratoires de cytologie gynécologique du Manitoba ont fait l'objet d'une étude approfondie. Le rapport et les recommandations issus de cet exercice ont été transmis au Collège des médecins et chirurgiens et au ministère de la Santé du Manitoba. Le Collège a par la suite adressé une lettre aux directeurs des services médicaux des laboratoires, leur demandant s'ils suivaient ou non les recommandations.

  Le ministère de la Santé a reçu, avec le rapport, une demande de fonds pour la mise sur pied d'un programme complet d'agrément des laboratoires. Ces fonds ont été accordés récemment. Un groupe de travail sur la cytologie a été constitué en mars 1995. Il a reçu du Collège le mandat de revoir et de restructurer les programmes d'assurance de la qualité applicables aux laboratoires de cytologie du Manitoba. Jusqu'ici, il a tenu trois réunions.

- **Renseignements complémentaires :**

  Le gouvernement du Manitoba a constitué un comité provincial des laboratoires pour qu'il évalue les services offerts par les laboratoires de diagnostic du Manitoba. Un rapport préliminaire devrait être prêt le 16 janvier 1995, et communiqué peu après aux organismes de soins de santé concernés. À l'heure actuelle, on ignore son impact sur les activités du MANQAP.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

Linda Beahun
Coordonnatrice, Programme d'assurance de la qualité
Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba
494, rue St-James
Winnipeg (Manitoba)
R3G 3J4

Téléphone : (204) 774-4344
Télécopieur : (204) 774-0750

Dr Maria Paraskevas
Codirectrice
Department of Pathology
Health Sciences Centre
820, rue Sherbrook
Winnipeg (Manitoba)
R3A 1R9

Téléphone : (204) 787-1657
Télécopieur : (204) 787-4942

ONTARIO

■ Qui délivre les permis aux laboratoires?

En Ontario, l'exploitation des laboratoires médicaux est régie par la Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement, et son règlement d'application. Ainsi, le ministère de la Santé peut délivrer des permis aux laboratoires et y effectuer des visites d'inspection, en plus de rendre obligatoire leur participation au programme de vérification de la compétence. Les permis sont renouvelés tous les ans.

Cette évaluation obligatoire est effectuée par le Programme de vérification de la compétence des laboratoires de l'*Ontario Medical Association*, au nom du ministère de la Santé.

Les Services de délivrance des permis et d'inspection des laboratoires appliquent la Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement. Par l'octroi de permis et le processus d'inspection, les Services de délivrance des permis et d'inspection des laboratoires veillent à ce que les laboratoires provinciaux répondent à des normes acceptables et à ce que la gamme de services offerts tiennent compte des besoins de la population.

■ Qui agrée les laboratoires?

Les laboratoires d'hôpitaux peuvent être agréés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Les laboratoires privés ne sont pas agréés. Cependant, les Services de délivrance des permis et d'inspection des laboratoires inspectent tous les laboratoires, aux 18 mois.

■ Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?

- Pour le processus d'inspection, les Services de délivrance des permis et d'inspection des laboratoires utilisent une liste de vérification.
- Pour le processus de consultation sur place, le Programme de vérification de la compétence des laboratoires dispose d'une formule type.
- On recommande à tous les laboratoires de suivre les lignes directrices professionnelles émises par le comité d'assurance de la qualité de la Société canadienne de cytologie.
- Le comité de cytologie du Programme de vérification de la compétence des laboratoires a également mis au point une ligne directrice.

- **Qu'arrive-t-il aux laboratoires non agréés?**

  Lorsqu'un hôpital est agréé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé, les laboratoires de cet hôpital sont évalués en même temps. Cette évaluation porte surtout sur la capacité du laboratoire à fonctionner au sein des équipes de soins de l'hôpital. Les spécialités du laboratoire et leurs pratiques de travail ne sont pas agréées. En Ontario, le processus qui se rapproche le plus de l'agrément est la fonction mixte remplie par les Services de délivrance des permis et d'inspection des laboratoires (par l'inspection) et le Programme de vérification de la compétence des laboratoires (par l'examen du rendement et le processus de consultation).

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  En Ontario, les services de cytologie ne sont pas centralisés.

- **En l'absence de laboratoire central, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

  À l'heure actuelle en Ontario, 109 laboratoires (70 laboratoires d'hôpitaux et 39 laboratoires privés) détiennent un permis pour analyser les échantillons de cytologie cervicovaginale.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  Les inspections courantes ont lieu à intervalles réguliers, selon le temps et les ressources dont on dispose. Les installations qui présentent des problèmes graves sont repérées soit par les processus d'inspection, soit par la vérification de la compétence, et sont visitées plus souvent. Une fois les problèmes résolus, la fréquence normale des inspections est rétablie.

  Chaque année depuis dix-sept ans, le comité de cytologie du Programme de vérification de la compétence des laboratoires mène une enquête sur la compétence des laboratoires de cytologie.

  Le Programme de vérification de la compétence des laboratoires met l'accent sur la formation plutôt que sur les mesures disciplinaires. Le Programme offre un service de consultation aux laboratoires où une enquête a permis de déceler des problèmes. Une équipe de consultation visite le laboratoire et présente un rapport dans lequel figurent des recommandations.

■ Renseignements supplémentaires :

Pour favoriser la prestation de services de qualité, le comité de cytologie du Programme de vérification de la compétence des laboratoires recommande à chaque laboratoire qui offre des services de cytologie (autres qu'un simple service d'orientation vers un autre laboratoire) :

1. de préparer tout le matériel sur place;

2. d'analyser tous les échantillons à l'endroit même où ils sont préparés;

3. de prévoir la vérification des résultats et la signature du rapport, par le médecin de laboratoire qualifié, au même endroit;

4. d'entreposer les copies des rapports et les lames au même endroit.

■ Les renseignements ont été fournis par :

Harold Richardson
Directeur
Programme de vérification de la compétence des laboratoires
250, rue Bloor est, Bureau 501
Toronto (Ontario)
M6W 1E6

Téléphone : (416) 323-9540
Télécopieur : (416) 323-9324

Patricia Anderson
Superviseure
Inspection et délivrance des permis
Direction des services de laboratoire
Ministère de la Santé de l'Ontario
Boîte 9000, Terminus postal A
Toronto (Ontario)
M5W 1R5

Téléphone : (416) 235-6054
Télécopieur : (416) 235-6282

QUÉBEC

- **Qui délivre les permis aux laboratoires?**

  Il n'existe pas, pour l'instant, de laboratoire privé de cytologie au Québec. Ils sont tous situés dans des établissements hospitaliers publics.

- **Qui agrée les laboratoires?**

  Il n'existe pas de mécanisme officiel d'agrément pour ces installations.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Les services de cytologie ne sont pas centralisés. Certains services traitent un important volume d'analyses et fonctionnent comme centres de référence pour les plus petits laboratoires.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  Le «contrôle de la qualité» se fait à partir des mécanismes traditionnels d'évaluation de l'acte médical dont la responsabilité est confiée par la Loi au CMDP de l'hôpital.

- **Renseignements supplémentaires :**

  Le Comité consultatif provincial constitué récemment a l'intention d'entreprendre un examen de la prestation de services de dépistage du cancer du col utérin dans la province. Il est possible que cette opération conduise à une reconfiguration de ces services dans l'optique d'un programme intégré et systématique, comme c'est le cas actuellement pour le dépistage du cancer du sein.

- **Les renseignements ont été fournis par :**

René Tremblay
Chargé de projets
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, Chemin Ste-Foy
16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Téléphone : (418) 646-2515
Télécopieur : (418) 528-2651

NOUVEAU-BRUNSWICK

- **Qui délivre les permis aux laboratoires?**

  Au Nouveau-Brunswick, c'est le ministre de la Santé et des Services communautaires qui, en vertu de la Loi hospitalière, accorde aux hôpitaux l'autorisation d'exploiter les laboratoires et d'assurer la prestation des services d'analyse.

  Un plan directeur provincial des services hospitaliers décrit les services qui doivent être fournis par les neuf associations d'hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

  Au Nouveau-Brunswick, il n'y a ni hôpital privé, ni laboratoire privé.

- **Qui agrée les laboratoires?**

  Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick sont agréés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Le Nouveau-Brunswick a également établi des normes relatives à la prestation des services de laboratoire.

- **Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?**

  Les services de cytologie gynécologique sont placés sous la direction des directeurs de laboratoire des associations régionales d'hôpitaux. Tous les directeurs sont des anatomopathologistes. Toutes les analyses cytologiques sont réalisées par des cytotechnologistes inscrits, détenteurs d'un certificat.

- **À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?**

  En règle générale, les hôpitaux sont agréés tous les deux ou trois ans.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Les services de cytologie ne sont pas centralisés au Nouveau-Brunswick. Néanmoins, ils sont regroupés par région.

- **En l'absence de laboratoire central, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

  À l'heure actuelle, les services de cytologie gynécologique sont assurés par huit (8) des neuf hôpitaux régionaux du Nouveau-Brunswick.

■ Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?

Le Nouveau-Brunswick ne possède pas de programme externe d'évaluation de la compétence des laboratoires de cytologie. Toutefois, chaque laboratoire de cytologie se conforme aux pratiques établies par les experts. La plupart des laboratoires participent à un programme d'évaluation externe de compétence ou à un programme d'échantillons témoins mis sur pied par le *College of American Pathologists* ou l'*American Society of Clinical Pathologists*. De plus, chaque laboratoire possède un programme interne d'assurance de la qualité bien établi, qui comporte les exigences suivantes :

a. De dix à vingt pour cent de tous les frottis cervicaux négatifs sont ré-examinés par un anatomopathologiste ou un technologiste supérieur.

b. Tous les frottis anormaux sont vérifiés de nouveau par un technologiste supérieur et un anatomopathologiste.

c. La corrélation entre les biopsies et les frottis cervicaux est établie de façon suivie.

d. Les échantillons antérieurs sont revus lorsque les circonstances l'indiquent, par exemple, en cas d'une certaine atypie.

e. Le formulaire de demande et de rapport d'analyse de cytologie est uniformisé au Nouveau-Brunswick. Par contre, les commentaires ne le sont pas nécessairement. Les anatomopathologistes et les cytotechnologistes se penchent actuellement sur la question.

f. Le nombre minimal et le nombre maximal de lames reprises sont pris en compte au moment de l'évaluation du rendement des cytotechnologistes.

g. Des «séances de formation» en cytologie se tiennent régulièrement.

h. Les directeurs des laboratoires régionaux rencontrent régulièrement les membres des services hospitaliers du ministère de la Santé et des Services communautaires pour discuter, entre autres sujets, de l'assurance de la qualité.

De plus, les mesures d'assurance de la qualité comprennent l'adhésion aux organismes suivants : *International Society of Cytology* (qui exige la ré-évaluation des membres); la Société canadienne de cytologie; la Société canadienne des technologistes de laboratoire (qui offre plusieurs cours de formation continue en cytologie); l'Association canadienne des pathologistes et le *College of American Pathologists*.

- **Renseignements supplémentaires :**

  L'informatisation des laboratoires permettra en fin de compte de perfectionner les activités dans le domaine de l'assurance de la qualité.

- **Les renseignements ont été fournis par :**

Myrna Gunter
Conseillère auprès des laboratoires
Services hospitaliers
Ministère de la Santé et des Services communautaires
C.P. 5100
Fredericton (N.-B.)
E3B 5G8

Téléphone : (506) 453-2283
Fax : (506) 453-2958

Dr Mary Scott
Conseillère médicale
Ministère de la Santé et des Services communautaires
C.P. 5100
Fredericton (N.-B.)
E3B 5G8

Téléphone : (506) 453-2216

NOUVELLE-ÉCOSSE

Les réponses portent entre autres sur les activités en cours et les conditions en vigueur au Victoria General Hospital (VGH). Le VGH analyse 43 p. 100 des tests de Papanicolaou effectués chaque année en Nouvelle-Écosse.

■ Qui délivre les permis en Nouvelle-Écosse?

En Nouvelle-Écosse, les laboratoires ne détiennent pas de permis.

■ Qui agrée les laboratoires?

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) agrée les laboratoires en Nouvelle-Écosse.

Tous les laboratoires effectuant les analyses de frottis cervicaux en Nouvelle-Écosse sont des laboratoires d'hôpitaux, et par conséquent, répondent aux normes d'agrément des hôpitaux. Il n'y a pas de laboratoire privé en Nouvelle-Écosse.

Le processus d'agrément du CCASS sera modifié à l'échelle nationale, et comprendra désormais une composante relative à l'assurance de la qualité.

Le Victoria General Hospital (VGH) se prépare à obtenir l'agrément du CAP (College of American Pathologists) en plus de celui du CCASS, d'ici deux ans.

■ Comment les laboratoires sont-ils évalués à cette fin?

- Conseil canadien d'agrément des services de santé : Normes relatives aux soins
- *Commission on Laboratory Accreditation (College of American Pathologists)* : liste de vérification pour l'inspection des laboratoires d'anatomopathologie et de cytologie
- Lignes directrices et activités dans le domaine de l'assurance de la qualité du *Nova Scotia Gynaecological Cancer Screening Programme.*

Le laboratoire du VGH est évalué au moyen des trois éléments susmentionnés. Le VGH applique à ses services de laboratoire ses propres normes d'agrément qui ne sont pas utilisées à des fins d'évaluation à l'extérieur de l'établissement.

■ À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?

L'agrément du VGH est révisé tous les trois ans. Dans l'intervalle, le VGH exige que chaque service effectue une autoévaluation et une évaluation par des pairs, et qu'il présente des rapports.

■ **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

Les services de cytologie ne sont pas centralisés.

■ **En l'absence de laboratoire central, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

Les analyses sont réalisées par neuf (9) laboratoires d'hôpitaux de la province, qui adhèrent tous au *Nova Scotia Gynaecological Cancer Screening Programme (NSGCSP).*

■ **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

Tous les laboratoires de la province participent au programme de base du *CAP*. Les laboratoires sont libres d'adhérer ou non aux normes relatives à la cytologie; à l'heure actuelle, quatre des neuf laboratoires qui pratiquent des analyses de cytologie génétique s'y conforment. Chacun des neuf laboratoires a sur place un anatomopathologiste qui s'occupe du contrôle de la qualité. C'est l'établissement qui confie cette responsabilité à l'anatomopathologiste, et l'hôpital et son conseil d'administration sont, en dernière analyse, responsables du contrôle de la qualité de l'établissement. Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a à son service un conseiller auprès des laboratoires qui se rend régulièrement dans chaque établissement. Les laboratoires observent :

- les lignes directrices de la Société canadienne de cytologie concernant les programmes d'assurance de la qualité;
- les lignes directrices du CSGCSP pour l'assurance de la qualité des analyses de cytologie vaginale;
- les recommandations du NSGCSP concernant les activités d'assurance de la qualité à l'échelle de la province.

En matière de contrôle externe de la qualité, le Victoria General Hospital compte sur les activités d'assurance de la qualité du CAP et participe aux activités du Programme de vérification de la compétence.

■ **Renseignements supplémentaires :**

Le programme NSGCSP a été approuvé par le ministère provincial de la Santé et doit veiller à ce que la norme de dépistage soit uniforme pour toutes les femmes de la Nouvelle-Écosse. La participation au NSGCSP comporte les exigences suivantes :

1. Il faut acheminer les données démographiques et cliniques de tous les tests de Papanicolaou effectués en Nouvelle-Écosse au fichier central de cytologie. Ce fichier recueille ces données depuis 1978. Les laboratoires envoient leurs données au fichier central sur papier ou par voie électronique.

2. Il faut élaborer les activités du NSGCSP relatives à l'assurance de la qualité et y participer; se conformer aux lignes directrices du NSGCSP pour l'assurance de la qualité des analyses de cytologie gynécologique (basées sur les lignes directrices de la Société canadienne de cytologie concernant les programmes d'assurance de la qualité en cytopathologie, 18 février 1989).

3. Il faut participer régulièrement à l'examen des installations.

4. Il faut participer aux travaux des sous-comités et des groupes de travail du NSGCSP.

L'agrément des laboratoires qui analysent les frottis cervicaux se fait dans le cadre de l'agrément de l'hôpital et ne dépend pas du NSGCSP.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

Margery Dolphin
Programme Coordinator, NSGCSP
417-5788 University Avenue
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 1V8

Téléphone : (902) 428-7438
Télécopieur : (902) 428-4425

Pat Braden
Divisional Chief Technologist
Anatomical Pathology, Victoria General Hospital
Téléphone : (902) 428-3705

M^me^ Barb Hall
Lab consultant
Department of Health

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

- **Qui délivre les permis aux laboratoires?**

  À l'île-du-Prince-Édouard, les laboratoires ne détiennent pas de permis. Il n'y a pas de laboratoires privés : tous les laboratoires font partie d'un établissement hospitalier. Comme la province ne compte aucun laboratoire privé, elle ne possède pas de mécanisme provincial pour la délivrance de permis.

- **Qui agrée les laboratoires?**

  Le seul processus d'agrément qui vise les laboratoires est celui du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

- **À quelle fréquence l'agrément est-il révisé?**

  L'agrément se fait tous les deux ou trois ans, dans le cadre du processus général d'agrément des hôpitaux (Conseil canadien d'agrément des services de santé).

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Toutes les analyses de cytologie sont faites par le laboratoire principal, situé au *Queen Elizabeth Hospital* à Charlottetown.

  Les six hôpitaux plus petits de la province offrent une capacité restreinte et n'effectuent que les tests urgents.

  Le *Prince Country Hospital*, à Summerside, est le seul autre hôpital à avoir sur place un anatomopathologiste.

- **Comment assure-t-on le contrôle de qualité de façon suivie?**

  Dans le cadre du processus général d'agrément des hôpitaux qui a lieu tous les deux ou trois ans, les services de laboratoire sont évalués de façon sommaire. Le *Queen Elizabeth Hospital* participe au «programme de vérification de la compétence» offert par le *College of American Pathologists (CAP)* des États-Unis pour évaluer son rendement en regard de tests précis, mais nulle loi ne l'y oblige.

  Le laboratoire du *Queen Elizabeth Hospital* offre aux petits établissements des services provinciaux d'assurance de la qualité.

- **Renseignements supplémentaires :**

  Le CAP offre un programme intensif d'amélioration des compétences spécialement destiné aux laboratoires. Le *Queen Elizabeth Hospital* envisage d'y participer.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

Dr Marvin Tesch
Laboratory Director
Queen Elizabeth Hospital
P.O. Box 6600
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 8P5

Téléphone : (902) 566-6302
Télécopieur : (902) 566-6385

Dr Pamela Forsythe
Medical Director
Health and Community Services Agency
4 Sydney Street
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 7N8

Téléphone : (902) 368-6143
Télécopieur : (902) 368-6136

Dr Lamont Sweet
Chief Health Officer
P.E.I. Department of Health and Social Services
P.O. Box 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 7N8

Téléphone : (902) 368-4900
Télécopieur : (902) 368-4969

TERRE-NEUVE et LABRADOR

- **Qui délivre les permis aux laboratoires?**

  À Terre-Neuve et au Labrador, les laboratoires ne détiennent pas de permis. Il n'y a pas de laboratoires privés : ce sont tous des laboratoires d'hôpitaux.

- **Qui agrée les laboratoires?**

  Les hôpitaux de la province gèrent les laboratoires qui sont agréés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. À l'heure actuelle, il n'y a pas de laboratoire privé à Terre-Neuve ni au Labrador.

- **Existe-t-il un laboratoire central pour les frottis cervicaux?**

  Les services de cytologie ne sont pas centralisés. Toutefois, 60 p. 100 des analyses de la province sont confiées au laboratoire de cytologie provincial, administré par le *General Hospital* à St. John's.

- **En l'absence de laboratoire central, où les frottis cervicaux sont-ils envoyés et quel est le nombre de laboratoires?**

  Mis à part le laboratoire de cytologie provincial, six autres laboratoires d'hôpitaux effectuent des analyses de frottis cervicaux. Ces derniers assurent la majeure partie des analyses de leur région géographique. L'autre partie est confiée au laboratoire provincial de cytologie qui dessert également le reste de la province.

- **Comment assure-t-on le contrôle de la qualité de façon suivie?**

  Chaque laboratoire applique son propre programme de contrôle de la qualité qui comporte généralement les éléments suivants :

  1. Le cytotechnologiste en chef ou l'anatomopathologiste revoit tous les résultats anormaux.

  2. Environ 10 p. 100 de tous les résultats normaux, signalés par le cytotechnologiste, sont également revus par le cytotechnologiste en chef ou l'anatomopathologiste.

  3. La plupart des laboratoires de cytologie adhèrent à un programme externe de vérification de la compétence offert par le *College of American Pathologists* ou un organisme analogue.

■ **Renseignements supplémentaires :**

À Terre-Neuve et au Labrador, il n'existe actuellement aucun laboratoire privé. Les laboratoires de diagnostic privés sont régis par le règlement d'application de la *Department of Health Act* qui interdit l'exploitation de ce genre de laboratoires sans le consentement préalable écrit du ministre de la Santé.

La centralisation des services de cytologie au laboratoire provincial de cytologie fait actuellement l'objet de discussions. Les personnes intéressées peuvent se procurer une copie de l'étude en cours sur la question.

■ **Les renseignements ont été fournis par :**

Kathy Babstock
Policy, Planning & Research Analyst
Department of Health
Government of Newfoundland & Labrador
West Block, Confederation Building
P.O. Box 8700
St. John's (Terre-Neuve)
A1B 4J6

Téléphone : (709) 729-3533
Fax : (709) 729-5824

Helen Lawlor
Community Health Division
Department of Health
P.O. Box 8700
Confederation Building
St. John's (Terre-Neuve)
A1B 4J6

Téléphone : (709) 729-3110
Fax : (709) 729-5824

M. Max Thornhill
Provincial Laboratory Consultant
Department of Health
West Block, Confederation Building
P.O. Box 8700
St. John's (T.-N.)
A1B 4J6

Annexe B
Observations formulées lors des discussions tenues par les groupes de travail

Un grand nombre d'observations importantes ont été faites lors des discussions tenues par les groupes de travail dans le cadre de l'atelier. Une analyse nous a permis de constater, avec plaisir, que les points de vue des diverses régions se rejoignent. Compte tenu de la qualité et de la confluence des idées, nous avons jugé important de les communiquer à la population, car elles font ressortir certaines questions intéressantes et pertinentes. La présentation des observations varie selon la question traitée. Dans certains cas, nous avons cru bon de condenser les idées exprimées. Comme notre compte rendu s'inspire de notes prises lors des séances, les idées sont présentées assez librement et leurs auteurs ne sont pas cités.

Annexe B1
Facteurs favorables et défavorables à la mise en oeuvre de programmes complets de dépistage du cancer du col utérin

COLOMBIE-BRITANNIQUE/ALBERTA

FACTEURS FAVORABLES

Porte-parole : Il faut un porte-parole/un leader qui puisse promouvoir la cause. Peut-on utiliser le terme de «défense d'intérêts»?

Femmes : Il faudrait l'appui généralisé des femmes pour que le programme soit mis en oeuvre.

Systèmes d'information : L'Alberta est en voie de mettre en place un système d'information centralisé, bien qu'il ne porte pas directement sur le cancer du col utérin. Il faudrait donc parler de système intégré d'information centralisé.

FACTEURS DÉFAVORABLES

Le compte rendu de l'atelier de 1989 est trop long. Si on ne le lit pas intégralement, on peut avoir l'impression qu'il se borne à préconiser un examen de dépistage tous les trois ans.

Absence d'objectifs/de normes bien définis : Les femmes et les médecins ne sont pas renseignés quant à la fréquence idéale du dépistage.

Données : Le manque de données concernant l'incidence du cancer du col utérin explique que la population perçoit mal la gravité du problème. Les professionnels ne croient pas en la nécessité d'intensifier les programmes de dépistage. L'exactitude des données sur les taux d'incidence laisse à désirer.

Priorités : Le cancer du col utérin n'est pas perçu comme un problème parce qu'il ne fait pas l'objet d'un débat public. Il ne pèse pas très lourd dans le budget des soins de santé comparativement aux autres formes de cancer : le cancer du col utérin arrive au onzième rang parmi les types de cancer les plus répandus dans la population féminine. Les autorités provinciales de santé publique ne prennent pas connaissance des documents sur la question parce qu'ils ne les jugent pas importants. Il faudrait que la population exerce des pressions pour faire bouger les choses.

Manque de cohérence/Problèmes liés à la qualité : L'angoisse associée au délai nécessaire à l'obtention des résultats, l'angoisse suscitée par les résultats anormaux ou faussement positifs apparaissent comme des problèmes.

Coût : Des économies pourraient être réalisées, mais un système de santé mieux géré pourrait entraîner bien des améliorations. Les tests répétés pourraient grever le budget du système de santé. Mais qu'en est-il de l'impact du cancer sur la vie des gens? On ne réussira pas à imposer l'idée d'un programme complet en avançant uniquement des chiffres.

SASKATCHEWAN/ TERRITOIRES-DU-NORD-OUEST

FACTEURS FAVORABLES

Le *Walton Report* publié en 1976.

FACTEURS DÉFAVORABLES

Absence de normes et de contrôle de la qualité : Les délégués de la Saskatchewan et des T.-N.-O. estiment que l'on n'insiste pas suffisamment sur le fait que les deux tiers des erreurs de prélèvement sont attribuables aux médecins qui ne s'y prennent pas convenablement.

Taux de dépistage insuffisant : Le taux de dépistage est plus faible chez les femmes économiquement défavorisées et qui vivent au centre-ville ou en milieu rural que dans le reste de la population féminine. On ne peut compter sur les médecins pour joindre les femmes qui vivent dans la pauvreté.

Absence de pressions dans la population : L'absence de mouvement populaire est perçue comme un handicap important. Contrairement à ce que l'on observe dans le cas du cancer du sein, les pressions en vue de faire bouger les choses ne sont pas fortes et il y a absence de convergence des efforts dans ce sens.

Coûts

MANITOBA/ONTARIO

FACTEURS FAVORABLES

Les deux provinces sont dotées d'un système de soins et de traitement assez coordonné en ce qui concerne le cancer. Au Manitoba, les milieux politique et professionnel sont prêts à faire avancer le dossier, mais il n'y a pas de mécanisme pour la mise en oeuvre d'un programme. En Ontario, les professionnels sont déterminés à bouger et les milieux gouvernementaux sont en principe favorables à l'idée.

FACTEURS DÉFAVORABLES

Absence de priorités : À tous les niveaux, les investissements nécessaires en temps et en ressources sont difficiles à concilier. Les responsabilités ne sont pas clairement dévolues. Le peu d'importance accordée à la question est un obstacle. Lorsqu'on ne tient compte que du nombre de décès attribuables au cancer du col utérin par rapport aux autres formes de cancer, on investit plutôt dans les cancers plus meurtriers. Or, il est question ici d'un phénomène qui peut être **prévenu**.

Intervenants : Il y a trop d'intervenants. La situation est difficile à gérer. Peut-être pourrait-on inviter les intervenants à participer à différentes étapes de l'élaboration du programme.

Normes nationales : On doit définir des normes et des objectifs qui feront l'unanimité.

QUÉBEC/ NOUVEAU-BRUNSWICK/ ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

FACTEURS FAVORABLES

Qualité/agrément : On n'observe pas d'écarts sur le plan de la qualité à l'île-du-Prince-Édouard, parce qu'on n'y compte qu'un laboratoire. Agrément par l'*American Pathologist Association (APA)* - Pour l'instant, il n'existe pas au Canada de mécanisme d'agrément. Au Nouveau-Brunswick, les laboratoires observent des normes de qualité, suivent les lignes directrices américaines et sont agréés par l'*APA*. La plupart sont situés dans des hôpitaux. De manière générale, le groupe convient que les professionnels, qui poursuivent un objectif de qualité, et les programmes provinciaux d'agrément feront bouger les choses.

FACTEURS DÉFAVORABLES

Absence d'organisme d'agrément au Canada

Normes imposées par le gouvernement

Fonds nécessaires à l'achat d'ordinateurs et de logiciels

Absence d'incitatifs financiers pour le recrutement, par exemple pour le nombre de résultats positifs et pour le ciblage des populations à risque. Le groupe convient que le système ne prévoit aucune mesure qui inciterait les médecins de famille à pratiquer des tests de Papanicolaou. Les médecins de famille considèrent qu'ils ont le droit de choisir leurs patientes et que les patientes à haut risque et dans le besoin sont plus difficiles à prendre en charge. Le dépistage devrait faire partie des examens généraux.

NOUVELLE-ÉCOSSE

FACTEURS FAVORABLES

1) **Leadership** : Il existe un porte-parole dans ces provinces.

2) **Possibilité** : La Nouvelle-Écosse s'est vu offrir une occasion et l'a saisie.

3) **Partenariat** : On pourrait convaincre les groupes de travail provinciaux et territoriaux de faire aussi preuve de leadership. Terre-Neuve compte sur un processus non structuré, spontané et ponctuel.

FACTEURS DÉFAVORABLES

Coût des analyses : La Nouvelle-Écosse traverse une situation économique très difficile. Or, on a besoin d'argent pour analyser l'information.

Absence de normes : L'absence de normes et de responsable de l'application des normes représente également des obstacles. Les écarts entre les cliniciens posent aussi problème. Toutefois, **un programme a pour rôle de faciliter le processus**. Un examen par des pairs permettrait de signaler les changements possibles et éviterait de recourir à la coercition. Les cliniques pratiquent d'elles mêmes la colposcopie et ont contribué à mettre sur pied des programmes. On ne peut s'attendre à ce qu'elles soient au courant de toutes les possibilités.

Annexe B2
De quelles données a-t-on besoin afin de convaincre les décideurs et les bailleurs de fonds de la raison d'être d'un programme complet?

Pressions du public

Il faut convaincre les gouvernements que les contribuables (p. ex. la collectivité) veulent un programme complet de dépistage du cancer du col utérin. Divers moyens peuvent être mis en oeuvre à cette fin, notamment :

- Des pressions peuvent être exercées par la population et des lettres adressées au ministre
- Les associations professionnelles peuvent représenter la population et défendre la cause auprès des autorités gouvernementales. Autrement dit, elles peuvent tenir lieu de fer de lance à la collectivité.

Ceux qui souhaitent un programme complet de dépistage doivent oeuvrer auprès de la population pour la sensibiliser à ce besoin. De plus, il est essentiel que des groupes féminins collaborent avec les groupes d'intervenants en santé. Ainsi, en Australie, une coalition entre des groupes de professionnels tels que les gynécologues, les anatomopathologistes, les intervenants en santé publique, les médecins et les associations féminines a créé une force dynamique. «Ils n'ont pu faire abstraction de nous.»

Pour ce faire, on pourrait :

- informer la population que certains groupes sont à risque — les femmes âgées, les immigrantes, les Autochtones.
- présenter le problème comme un question **féminine**. Il faut toutefois signaler que les femmes à haut risque sur le plan du cancer du col utérin ont d'autres préoccupations pressantes.

Coût

Malgré l'abondance de données à l'appui d'un programme complet, surtout en Colombie-Britannique, d'autres provinces n'ont pas la motivation voulue pour agir. Il manque un élément. L'important, ce n'est peut-être pas tant les considérations économiques générales que la façon de présenter le dossier. Des renseignements améliorés sur les avantages financiers à tirer d'un tel programme donneraient plus de poids à l'argument. De plus, pourquoi partir du principe qu'un programme complet de dépistage entraînerait plus de dépenses que les mesures actuelles.

On doit pouvoir apporter des réponses à des questions comme celles-ci :

- Pouvons-nous prouver qu'un traitement précoce est une mesure rentable et qui entraîne à long terme des économies?
- Comment pouvons-nous montrer que les programmes en place ne sont pas rentables et que des registres, des politiques et des programmes bien pensés permettraient de réduire de 60 p. 100 le nombre de colposcopies non justifiées?
- Quel est le coût du traitement des femmes atteintes du cancer du col utérin?
- Chez combien de femmes diagnostique-t-on des anomalies qui nécessitent un suivi et un cancer du col utérin invasif; combien meurent de cette maladie et combien en coûte-t-il de les traiter?
- Comment pouvons-nous réaffecter les fonds de manière à atteindre la clientèle à haut risque, difficile d'accès?

Assurance de la qualité

- Les services que nous assurons sont-ils satisfaisants et peuvent-ils être améliorés? «Je ne vois pas pourquoi quiconque voudrait mal effectuer les tests. Il me semble y avoir de la désinformation dans le système.»
- Y a-t-il lieu de mieux faire les choses? D'inciter les gens à examiner la situation de manière à éliminer les mesures inutiles.

Autre

- Pouvons-nous réduire la mortalité?
- Ces activités sont-elles compatibles avec la réforme de la santé?

Annexe C
Personnes-ressources dans le domaine du cancer du col utérin

Dr Lamont Sweet
P.E.I. Department of Health & Social Services
P.O. Box 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 7N8
(902) 368-4996
(902) 368-4900 (numéro principal)

Dr Gavin Stuart
Tom Baker Cancer Centre
1331-29th Street NW
Calgary (Alberta)
T2N 4N2
(403) 670-1701

Mme Helen Lawlor
Director, Public Health Nursing
Department of Health
P.O. Box 8700
St. John's (T.-N.)
A1B 4J6
(709) 729-3111

Mme Bonnie Swan
Provincial Laboratory Services Branch
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6
(306) 787-8290

Dr Mary Scott
Médecin-conseil et Unité de soutien
Ministère de la Santé et des Ressources communautaires
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (N.-B.)
E3B 5G8
Téléphone : (506) 452-2216
Fax : (506) 453-2726

Dr David Kinloch
Gouvernement des T.N.-O.
Department of Health and Social Services
Box 1320
Yellowknife (T.N.-O.)
X1A 2L9
(403) 920-8946

Dr George H. Anderson
B.C. Cancer Agency
Section of Gynaecological Cytology
600 West 10th Avenue
Vancouver (C.-B.)
V5Z 4E6
(604) 877-6000

Dr Aileen Clarke
Cancer Treatment & Research Foundation
620 University Avenue
Toronto (Ontario)
M5G 2L7
(416) 971-9800

Dr Robert Fraser
Nova Scotia Gynaecological Cancer Screening Programme
417-5788 University Avenue
Halifax (N.-É.)
B3H 1V8
(902) 428-2366

Santé Canada :

Dr Jean Parboosingh
Conseiller médical principal
Division de la prévention des maladies
1906C, Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Dr René Tremblay
Prévention et protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy
7e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1
(418) 646-2515

Mme Suzanne Inhaber
Gestionnaire de projet
Division de la prévention des maladies
1906C, Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4